EPB Slv
JOV. C/7

JOURNAL

DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

ACCOMPAGNÉ DE DEUX ATLAS,

CONTENANT CHACUN SIX PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE

GRAVÉES SUR ACIER;

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS

J. LEBAUDY, H. GOURAUD, MARTIN-LAUZER.

QUATORZIÈME ANNÉE.

PREMIER SEMESTRE.

On souscrit

AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 30,

A PARIS.

1846.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JUILLET 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. Gibert.

M. Gibert a présenté à l'Académie de médecine un malade affecté d'une éruption tuberculeuse générale qui rappelle les formes de la radezyge de Norwége.

« J'ai déjà eu l'honneur (a-t-il dit) de mettre sous les yeux de l'Académie des exemples de maladies de la peau exotiques reproduites dans nos climats. C'est ainsi que le premier j'ai observé à Paris, en 1842, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de pellagre sporadique, dont l'identité avec la maladie endémique en Lombardie ne saurait être contestée, puisque le sujet atteint de l'érythème pellagreux a été rapidement emporté par une manie pellagreuse. C'est ainsi qu'en 1843, un second exemple de la même affection s'est offert à mon observation, et que la même année j'ai présenté à l'Académie deux sujets affectés, l'un de *radezyge* ou lèpre du Nord, l'autre d'un esthiomène du visage dont la forme tuberculeuse exagérée et la couleur spéciale avaient exceptionnellement revêtu des apparences analogues à celles du *leontiasis* des Grecs ou lèpre tuberculeuse du moyen âge.

» Mais il y a une distinction capitale à établir entre les faits de ce genre; pour certaines maladies, comme, par exemple, pour la *pellagre* (déjà observée d'ailleurs dans quelques contrées du midi de la France), il y a reproduction réelle de l'affection; tandis que pour les autres, telles que le *pian* des colonies, le *molluscum* d'Amboyne, la *radezyge* de Norwége, l'*elephantiasis* grec et arabe, il n'y a, à vrai dire, que ressemblance de formes.... à moins que les sujets n'arrivent d'outre-mer et n'aient contracté le germe du mal dans les lieux mêmes où il règne à l'état endémique.»

— Quant au sujet qui a fait l'objet de la présentation académique de M. Gibert, il s'agit d'un homme jeune, grand et assez bien constitué en apparence, en traitement depuis dix mois à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption tuberculeuse générale et hideuse que l'on jugea, à la première vue, de nature syphilitique (le malade avait comme antécédents deux blennorrhagies, la dernière guérie déjà depuis quatre ans). Mais les spécifiques antisyphilitiques variés et employés avec méthode pendant les six à sept premiers mois du séjour du malade (*sirop de deuto-iodure ioduré, sublimé corrosif, iodure de potassium*) restèrent complètement impuissants. Alors on eut recours à une préparation arsenicale proposée contre les fièvres d'accès par le Dr Boudin, et que M. Gibert a appliquée au traitement des maladies de la peau, comme infiniment préférable aux liqueurs infidèles et dangereuses connues sous les noms de solutions de *Fowler* et de *Pearson*. L'acide arsenieux, à la dose d'un centigramme à un centigramme et demi par jour, dans cent à cent cinquante grammes d'eau distillée, est administré au malade depuis environ trois mois, non-seulement sans aucun accident, mais encore avec des avantages marqués; car, depuis cette époque, l'éruption a marché vers la résolution. On ne saurait toutefois, dès aujourd'hui, conclure de cette amélioration remarquable à une guérison radicale et complète; la résistance qu'a offerte l'éruption aux spécifiques antisyphilitiques et l'analogie d'aspect qu'elle présente avec la *radezyge*, maladie regardée jusqu'ici comme incurable..., doivent rendre très réservé à cet égard. Les caractères principaux de cette éruption (que l'on peut encore constater en partie sur le malade couché au n° 27 de la salle Saint-Charles) sont les suivants: tubercules aplatis, d'un rouge un peu livide, de volume variable et d'une étendue qui atteint celle d'une pièce de deux francs, couvrant le visage, le cuir chevelu, le tronc et les membres, avec formation à leur surface de croûtes verdâtres et brunâtres..., laissant la plupart après leur résolution des cicatrices blanches, peu déprimées, irrégulièrement arrondies.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Cruveilhier et Andral.

Anévrysme de la crosse de l'aorte; ouverture dans le poumon; symptômes d'apoplexie pulmonaire.

Les anévrysmes de la crosse aortique ont mille voies pour se faire jour au dehors. Celle dont il est ici question n'est pas la plus commune, et lorsque l'anévrysme s'ouvre dans les voies aériennes, c'est ordinairement dans la trachée. D'un autre côté, lorsque, concurremment avec des signes d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, on aperçoit des signes d'apoplexie pulmonaire, on est naturellement porté à les considérer comme l'expression

d'un obstacle apporté à la circulation. La plupart des apoplexies pulmonaires sont en effet dans ce cas. Le cas suivant offre une exception remarquable :

Obs. — Dans le courant de l'hiver dernier, il est entré dans le service de M. Cruveilhier un homme d'une soixantaine d'années, dans un état de maladie déjà fort avancé. D'après son rapport, il aurait eu déjà plusieurs affections du poumon qu'il caractérise assez bien comme des pneumonies et qu'il rapporte à des intervalles fort éloignés les uns des autres. La dernière de ses affections pulmonaires a eu lieu en 1844. Depuis cinq mois il a constamment éprouvé dans le côté gauche de la poitrine des douleurs profondes, s'étendant depuis la région du cœur jusqu'à la clavicule et s'accompagnant quelquefois de crachements de sang. Six semaines avant son entrée les douleurs locales sont devenues atroces ; le malade s'est vu forcé de s'aliter ; l'hémorrhagie pulmonaire s'est montrée plus fréquente et plus abondante. Un médecin a fait une saignée et a appliqué des sangues ; malgré cela, la nuit suivante le malade a rendu encore plus de sang rouge et spumeux. Les jours suivants, continuation des mêmes crachements qui lui semblaient le soulager. Il s'est décidé à entrer à l'hôpital le 1er février.

Le malade est dans un état de faiblesse très avancé : son pouls est petit et fréquent ; la soif est vive, comme on a signalé chez ceux qui perdent beaucoup de sang ; il y a encore de l'appétit. Le moindre effort de toux amène une expectoration de sang, la nuit surtout ; la langue et les lèvres sont encroutées de sang ; le malade conserve dans l'arrière-gorge le goût produit par le passage de ce dernier. Le sang sort en caillots, mêlé avec des matières visqueuses.

La percussion de la poitrine donne un son normal en avant, des deux côtés ; mais il y a de la matité en arrière dans plus du tiers moyen des deux poumons. La respiration est très faible dans la partie postérieure du poumon gauche, siége de la matité ; en faisant respirer très fort on entend du râle sous-crépitant. Au-dessus et au-dessous on entend des bruits dans lesquels paraissent se mélanger des râles crépitant fin et sous-crépitant. La respiration est puérile dans tout le côté droit : les bruits du cœur n'offrent rien d'anormal.

On prescrit une application de ventouses scarifiées qui ne produisent aucun amendement. Loin de là, le champ de la matité avait augmenté d'étendue le lendemain, et les crachats prenaient l'aspect pneumonique. Dans la nuit du 4 au 5 le malade vomit une énorme quantité de sang qui se coagule immédiatement. Il s'éteint le 6.

Autopsie. — Adhérences pleurétiques générales. Légère hypertrophie du cœur, sans altération des orifices ni des valvules. L'aorte, dès son origine, commence à se dilater graduellement jusqu'à la crosse, où siége le maximum de sa dilatation. Là, sa paroi externe, gauche et antérieure, est détruite et remplacée par un caillot qui semble avoir été constitué comme à dessein pour remplir l'office de paroi. Ce caillot, composé de plusieurs couches de fibres, offre à son centre une cavité renfermant du sang coagulé. Il est logé dans une immense caverne qu'il s'est creusée dans la moitié supérieure du lobe inférieur du poumon gauche et dans la moitié inférieure de son lobe supérieur. Les parois pulmonaires de cette cavité sont rouges, anfractueuses et tapissées de membranes fibrineuses. Il s'y ouvre une grosse bronche et plusieurs autres petites. Les petites sont oblitérées par des caillots anciens. C'étaient elles qui fournissaient les petites hémorrhagies. La grosse bronche est bouchée par un caillot récent. C'est elle qui a fourni la dernière hémorrhagie. Le lobe supérieur du poumon est refoulé et presque imperméable à l'air. Ce qui reste du lobe inférieur est enflammé et en voie de suppuration. Le poumon droit est œdématié. L'anévrysme avait commencé à éroder les corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

États pyrexiques et inflammatoires compliquant la chlorose.

Dans notre numéro d'avril nous rendions compte d'une note de M. Gintrac de Bordeaux sur divers états inflammatoires compliquant ou simulant la chlorose. Vers la même époque nous avons observé deux complications de ce genre dans le service de M. Andral. Nous les mentionnerons ici, non comme quelque chose de nouveau, mais comme une de ces circonstances délicates qui se présentent assez fréquemment dans la pratique.

Il n'est pas rare d'observer de la fièvre chez les chlorotiques, et cela sans la moindre lésion anatomique. Les anciens faisaient sans doute allusion à cet état lorsqu'ils désignaient la chlorose sous le nom pittoresque de *febris alba virginum*. M. Andral recommande à ce sujet la lecture des recherches de Borsieri de Canifeld. Nous aimons à voir un des chefs les plus éclairés de l'école de Paris rendre ainsi justice à un vieil auteur aujourd'hui bien oublié dans sa patrie elle-même depuis la découverte de la sub-artérite, et admettre quelquefois chez les chlorotiques une sorte de fièvre hectique essentielle. M. Andral dit, en effet, avoir observé un cas de chlorose avec fièvre, laquelle se termina par la mort. A l'autopsie on ne put découvrir aucune lésion organique.

Il est donc des chlorotiques qui, sans cause appréciable, présentent un mouvement fébrile fort intense dont aucun désordre local ne saurait rendre compte. Le fer dans ces circonstances ne produit rien de bon. Tel était récemment le cas d'une jeune fille offrant une chlorose déjà avancée et caractérisée par un souffle intense. Tout-à-coup elle fut prise de symptômes fébriles très prononcés ; la température de la peau s'éleva, et le pouls fournit

108 pulsations par minute. Pas le moindre signe de lésion locale.

M. Andral, ayant déjà observé les bons effets de la saignée dans des cas de ce genre, en prescrivit une petite chez cette jeune personne. Les veines se trouvant malheureusement très effacées, la saignée n'a pas donné la quantité de sang indiquée, et la fièvre a persisté quelque temps encore. Toutefois, l'économie n'a pas tardé à rentrer dans son assiette normale.

Dans d'autres cas, et ce sont peut-être les plus communs, on n'a pas affaire à une simple pyrexie, à un mouvement fébrile vague. Il peut y avoir une véritable complication phlegmasique, et cela du côté des organes digestifs. A côté de la malade précédente il se trouvait une autre chlorotique qui ne pouvait supporter le fer. La langue était rouge, la soif intense et la pression douloureuse à l'épigastre. M. Andral prescrivit des sangsues sur cette région avec un régime adoucissant. La phlegmasie gastro-intestinale se dissipa rapidement. Cet obstacle levé, on a pu revenir au fer qui a été alors bien supporté et a produit ses effets avantageux accoutumés.

II. Clinique chirurgicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Gerdy.

De la formation d'un canal artificiel dans les cas d'oblitération du canal nasal. — Perforation du sinus maxillaire.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on s'est occupé des moyens de remplacer le canal nasal oblitéré par un canal artificiel. Ainsi, Aétius et Paul d'Égine recommandaient de percer l'os unguis avec un foret enfoncé dans le sac lacrymal. Cette méthode a paru de tout temps la plus naturelle; seulement on en a varié les procédés d'exécution, et plus souvent encore on s'est borné à modifier les instruments. Woolhouse enlevait toute la muqueuse du sac lacrymal, puis il perforait avec un poinçon l'os unguis et plaçait dans l'orifice une canule en or, en argent ou en plomb, de 12 à 18 millimètres de longueur. Saint-Yves perforait l'os unguis avec un fer rouge. Monro se servait d'un trois-quarts; mais malheureusement le canal artificiel se refermait presque toujours; car s'il est fort difficile, dans certaines circonstances, de fermer une fistule qui s'est établie naturellement ou que l'on a pratiquée avec l'instrument, il est peut-être plus difficile encore de maintenir constamment ouverte une fistule artificielle, et c'est ce qui est presque toujours arrivé lorsque l'on a voulu établir un canal artificiel pour remplacer le canal nasal. Deux des plus grands chirurgiens de ces derniers temps avaient cependant pensé qu'ils en viendraient à bout en faisant subir à l'os unguis une large déperdition de substance. Hunter avait imaginé un emporte-pièce pour arriver à ce but, et plus récemment Dupuytren pratiquait la trépanation avec un trépan fabriqué *ad hoc*.

La perforation de l'os unguis est en définitive le procédé qui est encore actuellement le plus en vigueur; il n'est pas besoin pour l'employer de se servir des instruments si laborieusement imaginés par Hunter et Dupuytren. Un trois-quarts courbe peut suffire : on commence par ouvrir largement le sac, on le fait suppurer quelque temps avec de la bourre de charpie; puis, lorsque la réaction inflammatoire est dissipée, on perfore l'os et l'on place la canule de Dupuytren en permanence dans cette ouverture.

Ce procédé n'est pas le seul qui ait été employé. Wathen a imaginé de rétablir de force le canal naturel en enfonçant un foret profondément dans sa direction et maintenant ensuite une canule à demeure. On dit que Dupuytren a pratiqué une fois cette opération.

Les inconvénients de ce procédé se présentent en foule à l'esprit. Si le canal n'est oblitéré que par des parties molles, par l'adhésion des parois de sa muqueuse, il n'est pas besoin d'user de tant de violence : les procédés ordinaires de cathétérisme et de dilatation suffiront. Mais s'il est oblitéré par une colonne osseuse, comment espérer que le foret perforera cette colonne? Il est plus naturel de penser qu'il déviera d'un côté ou d'un autre dans les parties osseuses voisines qui offrent si peu de résistance.

La déviation de l'instrument perforateur doit donc être la conséquence presque nécessaire de l'emploi du procédé de Wathen, et c'est ce qui est, en effet, arrivé dans ces dernières années à M. Laugier : son instrument est tombé dans le sinus maxillaire.

M. Laugier, loin d'être fâché de cette erreur, a de suite songé à l'ériger en méthode; et de là est né le nouveau procédé, dit de M. Laugier, consistant à pratiquer une ouverture de communication entre le sac lacrymal et le sinus maxillaire. Cette idée est beaucoup plus ancienne que M. Laugier; car il y a déjà bien longtemps que l'on avait pensé à perforer la paroi du sinus maxillaire correspondante au canal nasal; mais cette idée avait été abandonnée, et puisque le chirurgien de l'hôpital Beaujon la reprend, il est tout juste de lui en faire l'honneur. Voici, du reste, pour ceux qui voudraient y avoir recours, la description abrégée de cette opération, d'après M. Malgaigne :

« Le sac ouvert d'un coup de bistouri, sur la lame de cet instrument on fait glisser un petit trois-quarts dont la tige est coudée à 12 millimètres de la pointe, la pointe tournée en bas, la saillie de l'angle en haut en dedans. A peine est-il entré dans la partie supérieure du canal nasal, qu'élevant le manche et tournant la saillie de l'angle vers la racine du nez, on incline sa pointe vers le paroi externe du canal nasal et on la fait pénétrer par un très léger effort dans le sinus maxillaire. On tourne d'arrière en avant et d'avant en arrière et sur

elle-même la tige du trois-quarts pour arrondir l'ouverture, et on la retire.»

Si l'ouverture osseuse venait à se rétrécir, M. Laugier conseille d'enfoncer toute la paroi qui sépare le canal nasal du sinus. M. Malgaigne pense qu'il est beaucoup plus simple de maintenir l'ouverture à l'aide d'une canule à double rebord. Mais en définitive il rejette ce procédé comme ne procurant qu'une ouverture sans profondeur et qui ne saurait retenir la canule.

Nous avons vu récemment l'application de ce procédé dans les salles de M. Gerdy. Une jeune fille de 24 ans vient de passer plusieurs mois dans le service de ce chirurgien pour une affection des voies lacrymales avec oblitération du canal nasal. L'origine du mal paraît syphilitique ; car cette femme, malgré ses protestations, en porte les vestiges sur son voile palatin qui est rouge et en partie détruit. Cette affection de l'arrière-bouche, de nature très probablement syphilitique, a commencé il y a deux ans, et c'est à cette époque également que le canal nasal a commencé à s'engorger. Il s'est alors manifesté une tumeur lacrymale du côté gauche ; celle-ci s'est abcédée au bout de quelques mois et il en est résulté une fistule que la malade a complètement négligée pendant plus d'un an. Lors de son entrée à la Charité, la malade présentait de l'épiphora ; la fistule s'était fermée ; à la place du sac on sentait un noyau dur dont la pression ne produisait de regorgement de liquide en aucun point.

M. Richet, qui remplaçait alors M. Gerdy, songea d'abord à rétablir la voie naturelle des larmes ; mais il trouva le sac effacé et il ne put rien faire pénétrer. M. Gerdy ne fut pas plus heureux plus tard. Dans le courant du mois d'avril, ce chirurgien s'est occupé d'ouvrir une voie artificielle aux larmes pour débarrasser la malade de son épiphora, et il a donné la préférence au procédé de M. Laugier. Une canule à parois contournées en spirale et à pavillon assez large ayant été préparée par M. Charrière, M. Gerdy a perforé le sinus de haut en bas et de dedans en dehors à travers la conjonctive dans un point correspondant à l'angle interne du sac ; il a ensuite dilaté cette ouverture avec un trois-quarts. Mais alors se sont présentées des difficultés que nous signalons ici, non dans la vue de blâmer le chirurgien qui les avait d'ailleurs prévues, mais afin que ceux qui tenteraient l'opération en fassent leur profit. La canule, que M. Gerdy avait déjà trouvée trop grande, à pavillon trop évasé, dès la veille, et qu'il avait fait rapetisser, s'est encore trouvée d'une dimension trop considérable pour entrer dans l'ouverture artificielle. Force a été d'ébrécher à plusieurs reprises l'ouverture artificielle avec les trois-quarts les plus volumineux que l'on a pu se procurer. Nous ne croyons pas que ces manœuvres fussent excessivement douloureuses ; mais leur prolongation avait quelque chose de pénible pour la malade d'abord, pour les assistants et pour le chirurgien qui a eu en définitive le désagrément de ne pouvoir achever l'opération dans cette séance, et a été obligé de faire modifier la canule. Elle a pu ensuite être introduite, et elle a eu pour effet de faire disparaître l'épiphora ; mais alors nouvelle et ardue besogne pour la faire tenir en place et l'empêcher de remonter ; encore n'a-t-on pu y parvenir d'une manière permanente, et il a fallu finir par la retirer tout-à-fait et laisser à la nature le soin d'achever la guérison. Eh bien ! la nature a été plus heureuse que l'art dans ses opérations ; car la malade n'en a pas moins été débarrassée de son épiphora. Au bout d'un mois environ après l'opération, cette jeune fille, s'estimant bien guérie et ne s'embarrassant pas autant que le chirurgien de la voie que pouvaient prendre les larmes, a demandé à s'en aller. M. Gerdy, désireux de savoir si celles-ci s'écoulent par l'ouverture qu'il a pratiquée au sinus maxillaire ou par quelque autre voie, l'a engagée à se présenter plus tard à sa consultation, soit à l'hôpital, soit chez lui.

On voit, d'après ce qui précède, que la méthode opératoire proposée par M. Laugier n'est pas exempte de difficultés. Le cas de M. Gerdy laisse dans le doute sur ses avantages. Il reste, en outre, encore une question à résoudre : c'est celle de savoir si le sinus maxillaire peut être dans tous les cas une voie sûre pour l'écoulement des larmes. On sait que l'orifice de cette cavité, de cet antre d'Hygmore dans les narines est fort petite, qu'elle est sujette à s'oblitérer, et qu'alors il en résulte un engorgement du sinus qui peut donner lieu à divers états morbides dont le plus simple est celui que l'on désigne sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire. Or, l'écoulement incessant et parfois fort abondant du fluide lacrymal dans le sinus maxillaire ne peut-il pas, dans certaines circonstances, causer une hydropisie qui pourrait à son tour nécessiter le recours à une opération sur le sinus maxillaire ? L'avenir seul, on le conçoit, peut donner la solution de cette question.

Nous terminerons par une réflexion que nous trouvons dans la leçon de clôture du cours de clinique de M. le professeur Bouisson de Montpellier (1). On sait aujourd'hui ce qu'il en est des prétendus succès de Dupuytren. Ses opérés eussent été mal venus à se plaindre à lui ; mais ils allaient ailleurs se faire ouvrir de nouveau le sac lacrymal afin qu'on les débarrassât de la canule à l'aide de laquelle le grand chirurgien prétendait, sans permettre la réplique, les avoir guéris. Si la chirurgie triomphait de la fistule lacrymale par un bon procédé opératoire, nous n'aurions pas la stérile difficulté d'apprendre à exécuter environ quarante procédés différents ; mais l'expérience prouve, ajoute le chirurgien de Montpellier, que l'affection lacrymale, si infructueusement attaquée par les moyens mécaniques, se modifie plus heureusement sous l'influence d'un traitement médical. — La femme

(1) *Journal de la Société de médecine de Montpellier*, numéro d'avril dernier.

dont nous avons cité l'observation eût pu dès le début de sa maladie être guérie par un traitement antisyphilitique; mais on conçoit que plus tard l'oblitération du canal par des productions osseuses, probablement par une exostose, ait nécessité de nouveaux moyens, d'un emploi plus difficile et plus incertain.

Maladies de l'oreille.

III. Considérations générales sur les maladies de l'oreille (1).

On peut juger, avec assez d'exactitude, du degré d'avancement d'une science par la perfection des méthodes qu'elle emploie. Celles-ci, à leur tour, quand elles ont une valeur réelle, contribuent, pour une large part, au progrès scientifique. C'est surtout à l'excellence de leurs méthodes de classification que sont dus les progrès rapides et les découvertes nombreuses qui ont eu lieu récemment en histoire naturelle et dans diverses branches des sciences physiques.

Bien que la médecine ait fait des progrès incontestables, elle est loin d'être aussi avancée que les sciences que nous venons de nommer, surtout en ce qui concerne les méthodes; et ce fait n'a rien qui doive étonner, si l'on considère combien les problèmes qu'elle soulève sont compliqués, et combien l'application de ses préceptes à l'homme est grave et difficile. Il en résulte que les nombreuses nosologies qui ont été proposées à diverses époques, et surtout au dernier siècle, ont été successivement rejetées, et que, pour écrire un traité de pathologie générale ou spéciale, on se trouve aujourd'hui dans la nécessité de créer une classification, si l'on ne veut en employer une déjà connue et condamnée. Nous avons donc une double tâche à remplir : faire la critique des classifications d'otologie proposées avant nous, d'une part; établir celle que nous désirons faire accepter, de l'autre.

Kramer (1), Riedel (2), Vering (3), et la plupart des auteurs allemands, ont suivi la méthode des anatomo-pathologistes, et classé les maladies de l'organe auditif par ordre des parties lésées : maladies de l'oreille externe; — maladies de l'oreille moyenne; — maladies de l'oreille interne. — Sous chacune de ces grandes divisions ils ont rangé les espèces suivantes : maladies du pavillon, du conduit auditif et de la membrane du tympan, pour l'oreille externe; maladies de la trompe d'Eustache et de la caisse du tambour, pour l'oreille moyenne, etc. Les sous-divisions, ou chapitres, sont ordinairement basés sur l'élément ou tissu plus particulièrement affecté : inflammation de la peau, du tissu glandulaire, du tissu cellulaire, du périoste, etc., du conduit auditif.

Les inconvénients attachés à cette classification, que Itard lui-même a choisie (4), dans son premier livre, sont aussi graves que nombreux; et il suffira, croyons-nous, de signaler les principaux, pour la faire rejeter. D'abord, elle ne conclut à aucune thérapeutique, ce qui est le plus grand reproche que l'on puisse adresser à une classification. Ensuite, en localisant ainsi des maladies qui souvent sont liées à d'autres affections plus étendues, ou même générales, le chirurgien est conduit à une pratique fausse et étroite, et à substituer le traitement du symptôme à celui de la maladie. Ainsi, dans le rétrécissement des trompes d'Eustache, dans l'acousie, et dans les autres névroses de l'organe auditif, la médication locale ne peut avoir, le plus souvent, qu'une importance fort secondaire. C'est dans le larynx, dans les bronches, ou même dans l'organisation tout entière, qu'est la racine du mal dans le premier cas, de même que les plexus hypogastrique, cœliaque, etc., sont le point de départ le plus ordinaire de la lésion fonctionnelle dans le second. En outre, ce n'est qu'exceptionnellement que la cophose dépend de la maladie d'un seul tissu ou d'une seule partie : le plus ordinairement, elle tient à la lésion de plusieurs portions de l'oreille, ou même à celle de l'organe auditif tout entier. Des maladies qui n'ont entre elles rien de commun que le siége, et qui diffèrent, d'ailleurs, d'intensité, de nature et de caractère, se trouvent ainsi rapprochées, et même confondues. On trouve, par exemple, l'inflammation et les polypes du conduit auditif réunis au même chapitre, dans le Traité de Kramer, tandis que d'autres affections, en tout point semblables, telles que l'érysipèle de la conque et celui du conduit auditif, sont décrites dans deux chapitres à part.

Les vices de méthode que nous venons d'indi-

---

(1) Nos lecteurs ont dû remarquer l'intéressant mémoire de M. le docteur Hubert-Valleroux sur le catarrhe de l'oreille moyenne, publié par nous il y a 2 ans (v. les nos de juil.-août 1843). L'auteur de ce mémoire, poursuivant ses recherches sur les maladies de l'oreille avec la sagacité scientifique qui le distingue, vient de mettre au jour un ouvrage didactique digne à tous égards de fixer l'attention des médecins (a). Nous ne pouvons mieux donner l'idée de ce livre qu'en publiant aujourd'hui le chapitre intitulé : *De la classification des maladies de l'oreille.*

Ce chapitre, qui fera connaître la méthode et la classification de l'auteur, sera l'introduction naturelle aux observations spéciales dont M. Hubert-Valleroux nous promet la communication prochaine sur cette branche importante de pathologie et de médecine pratique. (N. D. R.)

(a) Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille, par le docteur Hubert-Valleroux, 1 vol. in-8°, chez Fortin, Masson et Cie.

(1) Kramer, Traité des maladies de l'oreille. 1 vol., 1840, Bruxelles.

(2) Riedel, Ueber den Krank des Ohrs und des Gehors. 1832.

(3) Vering, Aphorismen über Gehork .1834.

(4) Itard, Traité des maladies de l'oreille et de l'audition. 2 vol. Paris.

quer furent appréciés, sans doute, par Itard, et le déterminèrent à faire son second livre. Dans celui-ci, qu'il a nommé *Maladies de l'audition* (titre qui, pour le dire en passant, suppose des maladies fonctionnelles, sans lésion d'organes), l'auteur classe les diverses espèces de surdités, par la considération des causes prochaines qui en sont l'origine. Ainsi, on trouve une classe de surdités par *écoulement*, une autre de surdités par *ulcération et carie de l'oreille*; par *concrétions ou autres corps étrangers arrêtés dans le méat auditif*. La surdité par *rétrécissement ou oblitération du conduit auditif*; la même infirmité, par *élargissement du conduit*; celle avec *épaississement de la membrane du tympan*, avec *perforation de la même membrane*; la cophose avec *disjonction et perte des osselets*. Les dysécies par *obturation de la trompe d'Eustache*, par *engouement de l'oreille interne*, par *congestion sanguine de la même partie*; celle par *compression du nerf auditif*, sont traitées dans d'autres divisions. — Un chapitre est consacré à la surdité par *paralysie du nerf acoustique*, et comprend six divisions basées sur l'origine de la névrose: 1° paralysie du nerf acoustique *par commotion*; 2° même paralysie *à la suite de convulsions*; 3° *par suite d'apoplexie*; 4° *à la suite de fièvres*; 5° *paralysie sympathique du nerf acoustique*; 6° *paralysie essentielle du même nerf*. — Dans d'autres chapitres enfin, l'auteur décrit les surdités par *pléthore*, par *métastase*, par *diathèse*, et arrive ainsi à traiter de la *surdité de naissance* ou *muti-surdité*. A propos du sujet décrit dans ce dernier chapitre, Itard s'étend, avec une complaisance qu'on lui a souvent reprochée, sur les méthodes, très ingénieuses d'ailleurs, qu'il mit en usage pour faire l'enseignement du sauvage de l'Aveyron; et l'on a remarqué que les correspondances auxquelles cette éducation donna lieu entre le savant médecin des sourds-muets et le ministre de l'intérieur, jointes à l'histoire anatomique et physiologique de l'oreille, que l'on trouve au commencement de l'ouvrage, forment, à peu près, la moitié du Traité des maladie de l'oreille et de l'audition.

Dans un tableau des maladies de l'oreille, publié en 1820 (1), M. Deleau, suivant l'ordre adopté par Itard dans son second livre, décrit aussi les diverses espèces de surdités d'après les causes prochaines qui leur ont donné naissance. Nous ne pouvons transcrire ici ce tableau, qui ne contient pas moins de cent quatre divisions ou subdivisions. Nous nous bornerons à citer quelques rapprochements auxquels M. Deleau a été conduit pour obéir à la méthode qu'il avait choisie. Dans sa section des *surdités par exaltation des propriétés vitales*, on trouve les *dartres de l'oreille* et l'*otalgie*, la *paracousie* et l'*inflammation des trompes d'Eustache*, etc. A côté de ces rapprochements, deux sections distinctes, et formant des chapitres à part, sont consacrées à l'*inflammation du conduit auditif sans écoulement*, et à la même maladie *avec écoulement*; et deux autres chapitres sont également employés à décrire l'*inflammation de la caisse avec écoulement*, et la même maladie *sans écoulement*, etc.

(1) Tableau des maladies de l'oreille qui engendrent la surdité. Commercy, 1820.

Les classifications d'Itard et du docteur Deleau méritent, à beaucoup d'égards, les reproches que nous avons adressés à la méthode allemande. Comme cette dernière, en effet, la classification des médecins français rassemble sous le même chef des maladies qui n'ont souvent de commun qu'un symptôme, et qui diffèrent, d'ailleurs, sous les rapports si importants des causes, du siége, de la marche, de la nature, etc. Dans la première classe des *surdités par écoulement* d'Itard, par exemple, on trouve des affections où ce flux est dû à une phlogose générale ou partielle du conduit auditif, à la présence, dans cette partie, de corps étrangers introduits ou spontanément développés, à l'ouverture d'un abcès qui, lui-même, peut siéger sur tous les points du conduit auditif, ou même dans la caisse, etc. La classe des *dysécies par obturation des trompes d'Eustache*, de son côté, ne contient pas moins de lésions diverses que celle des dysécies par écoulement. Ainsi, l'occlusion des conduits gutturaux de l'oreille peut tenir au simple gonflement de leurs parois, à des cicatrices de diverses natures et siégeant sur plusieurs points du canal; à la présence de polypes qui, eux-mêmes, peuvent prendre racine au voisinage du pavillon ou dans l'intérieur même du conduit, etc. La division adoptée par M. Deleau n'a pas donné lieu à des rapprochements moins forcés, moins irrationnels, ainsi que nous en avons cité quelques exemples. Et, d'un autre côté, les classifications d'Itard et de M. Deleau séparent des affections complètement identiques, telles que l'inflammation avec écoulement, et l'inflammation sans écoulement. Enfin, après avoir démontré ces vices de méthode, nous ajouterons que la classification des maladies par les causes prochaines ne peut conclure à aucune pratique rationnelle.

Le docteur Pétrequin (1) a aussi proposé une classification des maladies de l'oreille, basée sur l'étiologie. Mais, au lieu de s'en tenir aux causes prochaines, comme Itard et M. Deleau, cet auteur s'attache à remonter aux causes éloignées de la surdité. Une première division est affectée aux *surdités par phlogose*; une autre comprend les *surdités traumatiques*. Dans la troisième sont décrites les cophoses par *obstruction du méat auditif*; puis celles *par congestion*; et enfin les *surdités provenant de causes qui ne peuvent rentrer dans les classes précédentes*. C'est dans cette dernière section que l'on trouve les désorganisations nombreuses, les névroses si variées de l'or-

(1) Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand, mois de septembre et octobre 1841.

gane auditif, le catarrhe, etc., de telle sorte que, seule, la division hors rang de M. Pétrequin renferme plus de maladies que toutes les autres sections réunies. La plupart des reproches que nous avons adressés aux classifications d'Itard et du docteur Deleau peuvent également s'appliquer à celle de M. Pétrequin. Comme ces dernières, en effet, la classification adoptée par le chirurgien de Lyon est incomplète, puisqu'elle ne tient compte que des maladies de l'oreille qui sont suivies de surdité; et, comme elles aussi, elle sépare des maladies qui devraient être réunies, les *surdités par phlogose* et les *surdités par congestion*, par exemple.

Un professeur distingué de Berlin, le docteur Rosenthal (1), rejetant toutes les classifications adoptées par les auteurs, en propose une nouvelle, « en rapport avec nos connaissances. »

Cette classification, basée sur les divers degrés d'altération de l'ouïe, repose sur les principes suivants :

1° *Surdité* (surditas, cophosis), dans laquelle la faculté d'entendre les sons articulés est complètement abolie.

2° *Dureté d'ouïe* (dysœcia), dans laquelle cette faculté est tellement affaiblie, qu'on ne peut entendre les sons articulés qu'au moyen d'un appareil particulier.

3° *Altération* ou *diminution de l'ouïe* (paracousis), dans laquelle la faculté d'entendre les sons articulés par la voix naturelle pèche par défaut de précision.

Est-il besoin de faire remarquer que cette méthode de classification pathologique, qui n'a d'autre base que le degré d'affaiblissement d'une fonction, peut convenir dans les instituts de sourds-muets, où l'on se propose seulement de savoir si les sujets sont encore aptes à percevoir quelques sons, mais est inapplicable en médecine? Les maladies les plus différentes, depuis l'obstruction du conduit auditif externe jusqu'au ramollissement du nerf acoustique, peuvent également déterminer, et déterminent, en effet les divers degrés de surdité signalés par Rosenthal, et exigent, pour leur curation, l'emploi des remèdes les plus différents. Un autre vice, non moins grand, de la classification du professeur allemand, c'est d'isoler complètement de la nosologie les maladies de l'oreille, et d'en faire une classe tout-à-fait à part, comme si cet organe était étranger à la vie générale.

Dans un traité publié à Berlin en 1840 (2), le docteur Bresler propose la nomenclature suivante :

Une première classe A comprend les phlogoses, que l'auteur divise en cinq parties, d'après les régions de l'oreille où siége l'inflammation. Les chapitres sont ainsi rangés : 1° inflammation de l'oreille interne, comprenant : A, otite interne catarrhale, B, otite interne phlegmoneuse; 2° inflammation du tympan; 3° inflammation de la trompe d'Eustache; 4° inflammation de l'oreille externe; 5° inflammation de la conque, subdivisé en : A, inflammation érysipélateuse, B, inflammation du derme, C, inflammation du tissu cellulaire.

Dans la seconde classe B, sont les écoulements, qui ne comprennent qu'un chapitre, l'otorrhée, subdivisé en deux : A, otorrhée externe, B, otorrhée interne. Celle-ci, elle-même, est dite cérébrale primitive, et cérébrale secondaire.

La troisième classe, C, est occupée par les névroses, et divisée en : 1° otalgie; 2° surdité nerveuse ou surdi-mutité; 3° paracousie.

A la quatrième classe, D, sont rattachées les maladies organiques du conduit auditif, dans l'ordre suivant : 1° rétrécissement ou occlusion; 2° élargissement maladif; 3° polypes; 4° épaississement; 5° déchirement.

Une cinquième classe, enfin, E, est affectée aux maladies mécaniques, et contient : 1° l'obturation du conduit auditif par le cérumen; et 2° les corps étrangers dans l'oreille.

Bien que préférable à celles que nous avons étudiées, la classification du docteur Bresler présente, cependant, des vices tels qu'on ne peut l'accepter. Les maladies les plus différentes y sont souvent réunies sous le même chef. Dans la classe des *phlogoses*, par exemple, l'auteur a inscrit, à côté l'une de l'autre, l'otite phlegmoneuse et l'otite catarrhale, bien que ces maladies diffèrent sous les rapports les plus importants : étiologie, diagnostic, marche et surtout traitement. A côté de cette confusion, on retrouve souvent, sous deux ou trois chefs distincts, la même maladie étudiée dans ses diverses périodes, et quelquefois même à une heure d'intervalle. La phlogose du conduit auditif externe, par exemple, rangée dans la classe A, se retrouve dans la classe B aussitôt qu'il y a écoulement; et on la voit encore figurer dans la classe D, à l'article *rétrécissement* ou *occlusion*, quand le gonflement inflammatoire détermine le rapprochement des parois du conduit auditif.

L'auteur a fait une section particulière pour la surdi-mutité, et cette section rentre dans les névroses. Ici, le docteur Bresler se trompe doublement : d'abord, il n'attribue la surdimutité qu'à une seule des nombreuses maladies de l'oreille, tandis que plusieurs peuvent la déterminer; ensuite, la classe des névroses, qu'il indique, est une des causes les moins fréquentes de l'infirmité qu'il lui attribue exclusivement.

Il serait inutile de pousser plus loin la critique de la classification du docteur Bresler : ce qui précède nous semble suffire pour la faire rejeter définitivement.

Nous n'examinerons ici ni la classification

(1) Essai d'une pathologie de l'organe de l'ouïe, par le docteur Rosenthal, professeur à Berlin. — Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, tom. 6, p. 17.

(2) Les maladies de l'organe auditif, d'après Itard, Saissy, Deleau, Curtis, Saunders, Beck, etc.

de Leschevin (1), ni celle proposée par le docteur Nuhn (2); car les divisions de ces auteurs sont, en tous points, plus imparfaites que celles qui viennent d'être passées en revue. Quant aux traités de Curtis (3) et de Whright, nous nous bornerons à les mentionner, puisque ces deux auteurs ont décrit les maladies de l'oreille, sans s'occuper de les classer, ainsi que ce dernier le déclare, du reste, lui-même (4).

Aucune des classifications que nous venons d'examiner ne répond, comme on le voit, aux conditions que l'on est en droit d'exiger d'une bonne méthode; et nous nous trouvons ainsi dans la nécessité de proposer la nôtre. Bien qu'imparfaite et susceptible, par conséquent, d'améliorations nombreuses, surtout dans les détails, nous la croyons, néanmoins, exempte de la plupart des défauts que nous avons signalés dans celles de nos prédécesseurs, et plus rapprochée, par conséquent, des conditions qu'on est en droit d'exiger d'une classification pathologique.

S'il suffisait, pour avoir une bonne nosologie, d'inscrire les maladies à la suite les unes des autres, sans s'inquiéter de leurs rapports, le meilleur parti à prendre, ce serait de les traiter par ordre alphabétique. On pourrait encore, à l'exemple de Curtis et de Whright, décrire celles-ci à mesure qu'elles se présentent à l'observation et dans l'ordre de leur fréquence. Mais cette manière de procéder, loin de constituer une classification, exclut, au contraire, toute idée de méthode; et l'on ne peut, en conséquence, ni la proposer, ni la discuter sérieusement.

Il ne saurait entrer dans nos vues d'aborder une question aussi élevée que celle qui a pour objet la classification générale des maladies. Un tel sujet, pour être convenablement traité, exigerait une doctrine philosophique et une théorie médicale complètes qui nous manquent; et, d'ailleurs, nous n'avons à nous occuper que des maladies de l'oreille. Malgré notre insuffisance, nous ne pouvons, néanmoins, nous dispenser d'établir ici quelques principes généraux de méthode, ne fût-ce que pour justifier celle que nous avons adoptée dans la classification que nous allons exposer.

Les méthodes de classification, dans la science, forment le lien logique qui réunit entre elles les parties constituantes d'un sujet. Or, que ce sujet soit dans l'ordre des actes humains, des phénomènes physiques ou des existences, les diverses parties qui le composent existent ou se succèdent pour une fin donnée, en vue d'un but. De là ce principe généralement admis dans la science moderne, et formulé pour la première fois par notre savant confrère le docteur Buchez : « Le but engendre la méthode (1). »

Sans sortir des sciences qui font l'objet particulier de nos études, nous voyons ce principe fécond appliqué, avec succès, à l'anatomie humaine qui forme la base nécessaire de nos connaissances. S'agit-il de pénétrer la structure intime du corps, les parties élémentaires qui le composent sont divisées en tissus cellulaire, fibreux, musculaire, etc., et la science qui en résulte prend le nom d'*anatomie générale*. L'anatomiste, au contraire, se propose-t-il de connaître le corps humain en vue des opérations qui peuvent y être pratiquées, celui-ci est divisé par régions, et l'*anatomie chirurgicale* ou *topographique* examine successivement ces régions, en suivant l'ordre de superposition et de rapport des parties qui servent à les constituer. L'anatomie *descriptive*, celle *des peintres*, et l'anatomie *comparée*, emploient, de leur côté, des méthodes non moins logiques, non moins fécondes en bons résultats.

La connaissance des maladies comprend, comme l'on sait, l'étude des symptômes, de la marche, de la durée, etc.; mais ces choses, étudiées indépendamment de tout traitement médical, ne peuvent conclure à une nosologie complète. C'est pour avoir méconnu ce précepte que les otologistes dont nous avons analysé les méthodes ont fait des classifications que nous avons dû rejeter. Afin de n'omettre dans la nôtre aucun élément nosologique de quelque importance, et pour tenir compte, en même temps, du but de toute investigation médicale, le traitement, nous avons procédé de la manière suivante pour former le tableau des maladies de l'oreille, que nous joignons ici.

Parmi les maladies qui entraînent avec elles la lésion du sens auditif, les unes ont plus particulièrement le caractère d'affections *générales*; les autres celui d'altérations purement *locales*. Les premières, qui ont leur source dans l'organisation elle-même, exigent l'emploi de moyens thérapeutiques généraux. L'application d'agents purement locaux suffit, d'ordinaire, pour guérir les secondes.

C'est sur cette distinction, tirée de la nature des maladies de l'oreille et du traitement qui leur convient, que repose la division la plus générale de notre ouvrage qui contient deux parties. La première est consacrée aux affections générales que nous désignons sous le nom de *lésions vitales*. Cette appellation nous a semblé répondre le mieux à l'idée que l'on doit se former des maladies qui y sont décrites. Celles-ci, en effet, appartiennent plus particulièrement aux affections générales. Les causes qui les ont produites agissent, d'ordinaire, sur l'économie tout entière, ou, au moins, sur de grandes surfaces. Les symptômes qu'elles présentent sont rarement bornés à l'organe auditif; et, enfin, elles exigent ordinairement pour leur curation l'emploi de moyens thérapeutiques généraux.

(1) Mémoires de l'Académie royale de médecine, tome IV.

(2) Commentatio de vitiis, etc., A. Nuhn. Heidelberg, 1841.

(3) Essay on the deaf and dumb.

(4) On the Variet. of Deafness and dis. of the ear. Lond., 1829, p. 50-198.

(1) Introduction à la science de l'histoire.

Dans la seconde partie de notre essai, nous décrivons les maladies de l'oreille qui, par leur nature, leurs symptômes et les causes qui les produisent, ont plus particulièrement le caractère d'affections locales, et sont guéries par l'application d'agents curatifs directs. Nous désignons cette partie sous le nom de *lésions anatomiques*.

Les sous-divisions ou chapitres, au nombre de vingt-six pour la première partie, et de onze pour la seconde, sont, de leur côté, basés sur les mêmes considérations tirées de la nature et de la thérapeutique des maladies qui y sont décrites.

La première partie contient cinq classes.

Dans la première, nous avons réuni, sous le nom générique de *dermatoses*, les diverses affections ayant pour siége le tissu cutané de l'oreille, en les rattachant aux trois formes suivantes : érythème, pustule et dartre. La première section ne contient qu'une maladie: l'érysipèle. — Bien que d'autres érythèmes, la rougeole, la scarlatine, l'urticaire, etc., donnent lieu fréquemment à la surdité, ce n'est pas par l'action sur la peau, mais bien en vertu des affections catarrhales dont elles sont accompagnées, qu'elles provoquent cette infirmité. Leur place est donc parmi les maladies de la membrane muqueuse, et elles se trouvent décrites aux chapitres affectés au catarrhe de l'oreille moyenne. La forme *pustuleuse* ne comprend, non plus, qu'un chapitre : la variole, tandis que la forme *herpétique* en renferme deux. Le premier est consacré à la dartre de l'enfant, et traite des variétés de cette affection, qui forment le groupe des gourmes herpétiques. — Le second est réservé à la dartre de l'adulte.

Notre seconde classe est consacrée au *catarrhe* de l'oreille moyenne. — Nous désignons ainsi la maladie décrite par les anciens auteurs sous les noms d'otalgie, d'abcès de l'oreille, de surdité, etc.; sous celui d'otite interne par Pinel, Itard, le docteur Deleau, et d'inflammation de l'oreille moyenne par M. Kramer. Aucune des appellations que nous venons d'énumérer ne nous semble répondre à l'idée que l'on doit se former d'une maladie caractérisée principalement par les périodes de sècheresse, d'hydorrhée et de pyorrhée, et qui s'exaspère d'une manière constante sous l'influence du froid et de l'humidité. Les premières appellations s'appliquent à divers états pathologiques vagues et indéterminés. Celles d'Itard, de Kramer et de M. Deleau attribuent, à tort, le caractère inflammatoire à une maladie qui diffère des phlogoses par l'étiologie, la marche, les symptômes, et qui réclame des moyens thérapeutiques tout-à-fait différents de ceux qui conviennent à ces lésions.

Le catarrhe a son siége primitif dans la membrane muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne. Il parcourt ordinairement ses périodes sans s'étendre aux tissus sous-jacents, et il n'occupe qu'une partie ou la totalité des cavités de cette région. Mais les considérations relatives à l'étendue et à la profondeur de la maladie sont de peu d'importance eu égard au traitement, tandis que celles qui se rapportent à la durée en ont une considérable. Aussi avons-nous fondé notre division sur cette donnée. Nous consacrons, en conséquence, un chapitre au *catarrhe aigu*, et un autre au *catarrhe chronique* de l'oreille moyenne.

Nous décrivons, dans notre troisième classe, ou névroses, les affections caractérisées, principalement, par la douleur, l'exaltation ou la diminution d'activité du sens auditif, sans altération appréciable des tissus de l'oreille. L'otalgie et les autres lésions rangées par Itard au premier rang des maladies de l'audition forment cette classe, qui comprend cinq chapitres.

L'oreille, qui est une des parties du corps qui renferme le moins de vaisseaux sanguins, est, par cela même, peu exposée aux inflammations. Aussi notre quatrième classe affectée aux *phlogoses* ne contient-elle que trois chapitres. — L'*otite externe*, qui est décrite dans le premier, répond à l'inflammation phlegmoneuse de l'oreille externe des otologistes. L'otite interne du second est dite inflammation interne, phlegmon de la caisse, etc., par les mêmes auteurs, et le troisième chapitre, ou *otorrhée*, correspond aux otites externe catarrhale, purulente, et à l'otorrhée muqueuse d'Itard, au catarrhe externe de l'oreille du docteur Allard, et à l'inflammation du tissu glandulaire du conduit auditif du docteur Kramer.

Dans notre cinquième et dernière classe, enfin, nous traitons des *désorganisations*, que nous avons divisées en quatre chapitres, selon que la maladie est bornée aux parties molles, qu'elle n'attaque que les parties dures, ou qu'elle envahit, en même temps, les tissus durs et les tissus mous, comme le squirrhe, le cancer.

Ainsi que notre première partie, la seconde contient également cinq classes de maladies, divisées de la manière suivante :

La première comprend les *solutions de continuité*, qui forment trois chapitres, selon que les blessures sont bornées à l'oreille externe, qu'elles pénètrent jusqu'aux parties profondes de l'organe, ou enfin qu'elles intéressent les parties dures.

Notre seconde classe, affectée aux *corps étrangers introduits dans l'oreille*, contient aussi, comme la première, trois divisions, basées sur la position qu'occupe le corps étranger dans l'organe auditif.

Les divers *rétrécissements* ou l'*occlusion organique* des conduits auditifs forment notre troisième classe, divisée, comme les précédentes, en trois chapitres : 1° rétrécissement-oblitération du conduit auditif interne; 2° rétrécissement-oblitération du conduit auditif externe; 3° excroissances et polypes dans le conduit auditif.

Un seul chapitre, la dilatation morbide du conduit auditif externe, est compris dans notre quatrième classe, consacrée à l'*élargissement morbide* des conduits.

Nous n'avons, non plus, affecté qu'un cha-

pitre à notre cinquième et dernière classe, qui traite de l'*absence des parties*. Ce chapitre, qui est surtout intéressant au point de vue de l'anatomie morbide, n'a qu'une importance secondaire en pathologie. Nous le conservons, néanmoins, pour ne rien omettre, et rendre ainsi notre essai aussi complet que possible.

La classification que nous venons d'exposer diffère, comme on le voit, de celles qui ont été proposées par les auteurs. Fondée principalement sur les considérations thérapeutiques, elle rattache les maladies *spéciales* de l'organe auditif aux maladies *générales*, au lieu de les en séparer, comme il arrive dans les autres classifications que nous avons étudiées. — Aucune des affections décrites par les otologistes n'est, d'ailleurs, omise dans notre tableau qui est, par conséquent, plus complet que celui d'Itard qui ne classe aucune des lésions traumatiques de l'oreille externe, et que celui de Kramer qui passe sous silence la plupart des névroses acoustiques. Notre cadre offre aussi cet avantage de pouvoir admettre dans chacune de ses divisions toutes les maladies du même genre encore inconnues aujourd'hui, et que l'on décrira, sans doute, plus tard. Nous joignons ici, du reste, le tableau nosologique que nous venons d'analyser, afin que nos lecteurs puissent juger, d'un coup d'œil, et de notre méthode de classification, et de l'application que nous en avons faite.

TABLEAU DES MALADIES DE L'OREILLE.

PREMIÈRE PARTIE.

LÉSIONS VITALES, CONSISTANT EN MALADIES QUI EXIGENT ORDINAIREMENT, POUR LEUR CURATION, L'EMPLOI DE MOYENS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRAUX.

1re CLASSE. *Dermatoses.* . .	CHAP. 1. Érysipèle. CHAP. 2. Variole. CHAP. 3. Dartre chez l'enfant. CHAP. 4. Dartre chez l'adulte.
2e CLASSE. *Catarrhes.* . . .	CHAP. 5. Catarrhe aigu de l'oreille moyenne. CHAP. 6. Catarrhe chronique de l'oreille moyenne.
3e CLASSE. *Névroses.*	CHAP. 1. Otalgie. CHAP. 2. Hypercousie. CHAP. 3. Hypocousie et acousie idiopathiques. CHAP. 4. Hypocousie et acousie symptomatiques d'une lésion des centres nerveux. CHAP. 5. Hypocousie et acousie symptomatiques d'un état morbide du tube digestif. CHAP. 6. Hypocousie et acousie symptomatiques d'une névrose plus générale. CHAP. 7. Hypocousie et acousie symptomatiques de quelques fièvres graves. CHAP. 8. Hypocousie et acousie symptomatiques d'états divers qui ne peuvent être considérés comme des maladies. CHAP. 9. Paracousie idiopathique. CHAP. 10. Paracousie symptomatique de congestion sanguine. CHAP. 11. Paracousie symptomatique d'une névrose plus générale.
4e CLASSE. *Inflammations.* .	CHAP. 1. Otite externe. CHAP. 2. Otite interne. CHAP. 3. Otorrhée.
5e CLASSE. *Désorganisations.*	CHAP. 1. Gangrène, pourriture d'hôpital, pustule maligne, carcinôme. CHAP. 2. Carie, nécrose. CHAP. 3. Tubercules osseux. CHAP. 4. Squirrhe et cancer.

SECONDE PARTIE.

LÉSIONS ANATOMIQUES, CONSISTANT EN MALADIES QUI EXIGENT PLUS PARTICULIÈREMENT, POUR LEUR CURATION, L'EMPLOI DE MOYENS THÉRAPEUTIQUES LOCAUX.

1re CLASSE. *Solutions de continuité*	CHAP. 1. Blessures du pavillon. CHAP. 2. Blessures des parties molles profondes. CHAP. 3. Blessures des os.

2e CLASSE. *Corps étrangers introduits dans l'oreille.* . .	CHAP. 1. Corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe. CHAP. 2. Corps étrangers introduits dans l'oreille moyenne. CHAP. 3. Engouement cérumineux du conduit auditif.
3e CLASSE. *Rétrécissements et occlusions des conduits auditifs*	CHAP. 1. Rétrécissement-oblitération du conduit auditif externe. CHAP. 2. Rétrécissement-oblitération du conduit auditif interne. CHAP. 3. Excroissances et polypes.
4e CLASSE. *Élargissement morbide du conduit auditif externe.*	CHAP. 1. Dilatation morbide du conduit auditif externe.
5e CLASSE. *Absence des parties, anomalies.*	CHAP. 1. Absence de parties. Anomalies organiques.

HUBERT-VALLEROUX, D. M. P.

Syphiliographie.

IV. Des maladies vénériennes (1).

(*Extrait des leçons cliniques de M. le docteur Ricord à l'hôpital du Midi.*)

Et d'abord, il n'y a pas de position sociale *prophylactique* de la vérole; elle se greffe partout, et il faut si peu de temps pour cela! Dupuytren fut secrètement appelé près d'une très jeune femme prise des douleurs de l'enfantement, à la campagne, isolée... une rupture du périnée nécessite la suture. Sept mois après, un homme, jeune encore, parfaitement posé dans le monde, vient lui confier que, marié depuis peu, il lui est impossible d'approcher sa femme, tant elle est étroite. Dupuytren, emmené par lui, reconnaît son accouchée: la suture périnéale avait repris un peu trop haut et rendait impossible l'introduction du pénis. Cette fille, de haute naissance, s'abandonnant à un amant avant le mariage, ne pouvait-elle contracter la vérole? et qui aurait osé diriger contre elle un soupçon?

Ma pratique m'en fournit de nombreux exemples: Dupuytren en a cité, et d'autres encore dont j'aurai l'occasion de parler plus tard. L'âge, non plus que le sexe, ne sont un obstacle à l'infection; nous avons eu dans ce service une enfant de dix-huit mois affectée de chancres aux parties génitales et de bubons! chancres communiqués par des tentatives de coït, en vertu de cet immoral préjugé commun encore dans certaines classes: que pour se guérir des maladies des organes génitaux il suffit d'approcher une vierge. Un autre préjugé seulement ridicule, mais qui nous cache fréquemment la vérité sans mauvaise volonté de la part des malades, est cette croyance, très générale, que des rapports sexuels avec une femme mariée ne peuvent communiquer aucun accident. Partant de là, les malades dans l'interrogatoire font abstraction de ces rapports, *innocents* suivant eux; le fait suivant, qui nous est particulier, est instructif à plusieurs égards et mérite de trouver place ici comme type du genre. Un employé de notre service, à la veille de se marier, se présente à nous l'air bouleversé, et nous demande si une blennorrhagie peut se déclarer spontanément. Le fait n'est pas matériellement impossible, mais si rare, que, nous refusant à y croire sans enquête approfondie, nous pressons le malade de questions. Il n'a pas eu de rapports sexuels depuis six mois, dit-il. Nous faisons passer sous ses yeux toute la catégorie des femmes, demoiselles, filles, veuves ou mariées, etc. Rien. Pas de rapports avec un autre sexe? Non; et je connaissais assez l'homme pour ne pas douter de lui à cet égard. Je le renvoie, l'engageant à réfléchir, et le lendemain il m'avoue avoir commencé la noce avant le contrat; mais il est si convaincu de la fidélité de sa future, qu'il n'a pas pensé à ces derniers rapports. La femme pouvait encore être innocente, mais cela suffisait pour la mettre en suspicion; conséquent avec nos convictions scientifiques, nous l'examinons et nous trouvons, outre l'écoulement vaginal, une *blennorrhagie uréthrale*, indice presque certain de rapports sexuels avec un individu infecté lui-même. Changeant alors de rôle, au lieu de questionner, nous accusons, et *nous obtenons* enfin l'aveu de rapports sexuels avec un étranger. Le hasard me fit remonter un jour à la filiation d'accidents primitifs pour lesquels je traitais un de nos romanciers, et dont il me cachait innocemment la source, qui n'était autre qu'une grande dame, son amante à l'époque où il fut infecté, et près de laquelle on m'appela pour le même objet.

Cette immunité, attribuée par certains aux femmes mariées, semble encore bien plus déraisonnable à l'endroit des prostituées. Eh bien, ces rapports sexuels seront les derniers qu'on vous avouera en mainte circonstance, persuadé qu'il ne peut y avoir de danger dans ces maisons qui sont sous l'œil de la police. Illusion fatale! puisque de ces filles, celles en *maison*, les mieux surveillées, ne sont visitées que tous les huit jours, et que vingt-quatre heures après un coït infectant elles peuvent être aptes à transmettre la contagion. D'ailleurs cette visite, j'ai le droit de le dire, est faite trop légèrement pour constituer une garantie; souvent même on n'y emploie pas le *speculum*, et, chez une de celles qui viennent fréquem-

(1) Voir le dernier numéro.

ment se faire visiter chez moi en sortant de là leur patente nette, j'ai trouvé dernièrement encore un chancre inoculable.

Une ruse dont vous aurez à vous défier est celle de la substitution de femmes. Vous accusez telle de vous avoir infecté, et me l'envoyez: je reçois en sa place une amie complaisante, parfaitement saine, et qui lui reporte le certificat d'intégrité; aussi ma garantie ne les suit-elle pas au delà du seuil de mon cabinet. Quelques professions servent à ceux qui les exercent comme un manteau pour cacher les suites d'une faute: ainsi une sage-femme présentant des symptômes secondaires prétend s'être infectée par le bout du doigt en pratiquant le toucher sur une de ses clientes; un médecin en ouvrant un bubon, etc. L'examen *direct*, *complet*, est le *criterium* obligé dès que vous avez à vous prononcer sur un de ces faits, à vous en rendre compte. Enfin, si beaucoup de malades se trompent, beaucoup plus ont intérêt à nous tromper. Rien ne demande plus de sagacité, plus de prudence que les questions de nourrices infectées par les nourrissons, questions constamment soulevées dans un but de spéculation; la connaissance exacte du point de départ de l'affection peut seule guider dans ce dédale de faits souvent embrouillés à dessein.

Beaucoup d'individus, soigneux de leur personne, repousseront la possibilité de l'infection, par cela seul qu'ils auront pris certaines précautions. On s'étonne souvent de voir survenir des accidents après des *lotions* complètes, répétées; qu'il nous suffise de vous dire que l'inoculation sur la cuisse d'un peu de pus virulent, lavée à plusieurs reprises avec de l'eau chlorurée, n'en aboutit pas moins à une pustule caractéristique. Les *condoms*, moyen plus parfait, mais immoral n'ont cependant qu'une efficacité relative; ils peuvent avoir déjà servi, être perforés, poreux, se déplacer, etc.; en outre, garantissant les parties supérieures, ils n'empêchent pas qu'on ne souille la racine de la verge, le pénis. On va même jusqu'à croire à l'efficacité des rapports incomplets! Et j'insiste là-dessus, car la blennorrhagie, les chancres uréthraux, sont plus fréquents dans ce cas où l'éjaculation ne vient pas balayer d'arrière en avant toute l'étendue du canal à la fin de l'acte.

Certains malades nous trompent par ignorance de leur position, les femmes surtout, soit insouciance, soit saleté habituelle, soit absence de douleur; beaucoup avec des écoulements puriformes ne déclareront leur état que si on leur parle de flueurs blanches; elles sont ordinairement de bonne foi et ne considèrent point leur état, quelque prononcé qu'il puisse être, comme une maladie. Quelques conditions de conformation nous trompent aussi chez les hommes: ainsi la longueur du prépuce, le phimosis, qui empêchent d'apercevoir sans un certain degré d'attention les accidents survenant aux parties cachées. D'autres fois, la négation de l'accident tient à son siége; le chancre du col utérin, entre autres, reste le plus souvent ignoré de celle qui le porte; il en peut être de même des accidents déterminés par des rapports anormaux, *à præposterâ venere*, par exemple; mais le plus souvent, dans ce cas, notre hésitation vient de la honte, qui éloigne toujours les malades de nous faire des aveux propres à nous mettre sur la voie, ou même de répondre à nos questions détournées sur ce point; et notre embarras redouble quand le malade appartient à un certain monde où on ne voudrait pas trouver ces passions bestiales. Dans cette occurrence, ne perdons pas de vue que l'accident primitif n'a qu'une signification, et ayons toujours le courage de conclure. Un exemple des plus mitigés ne sera pas inutile: sur une de nos malades que sa position aurait mise à l'abri de tout soupçon, et qui se plaignait depuis quelque temps de douleurs vives à l'anus, l'examen approfondi nous fit découvrir beaucoup au-dessus du sphincter externe un point déchiré, dur, calleux, d'un aspect très équivoque... Nous eûmes toutes les peines du monde à obtenir l'aveu de rapports *à præposterâ venere* coïncidant avec l'apparition des douleurs. Bien plus fréquemment encore l'infection ignorée ou dissimulée s'est faite par la bouche, une des régions qui s'infectent le plus souvent d'une manière illicite; ces rapports immondes, généralement désavoués avec la plus grande énergie, peuvent jeter dans des erreurs graves de diagnostic; un chancre de la langue, compliqué d'accidents graves, fit croire quelque temps à un cancer de cette région. Les lèvres, le pourtour de la bouche, sont très fréquemment atteints; et ici, où nous ne devons rien cacher, je vous dirai que peut-être ces accidents sont plus fréquents chez les vieillards, et surtout les vieillards riches, que partout ailleurs.

Du linge imprégné de pus virulent, un instrument sali, peuvent sans doute, dans certaines conditions données, inoculer l'accident primitif, qui se manifeste alors dans quelque région insolite; mais ces faits sont rares, et il ne faut les admettre qu'avec la plus grande réserve et après avoir épuisé tous les moyens de s'éclairer.

Parmi ces moyens, l'exploration directe de toutes les cavités qui peuvent être suspectées et l'exploration avec le spéculum tiennent le premier rang; sans elles toute observation est frappée de nullité. En procédant à la recherche de l'accident primitif, on tiendra compte de l'époque présumée de l'infection, de l'origine de l'accident, des modifications qu'il a dû subir, sans quoi la filiation ne pourra être établie d'une manière satisfaisante. La crédulité ou la légèreté en pareille matière ont engendré les histoires les plus surprenantes et les ont fait passer sur la foi de la tradition jusqu'à nous.

En terminant ici ces considérations éminemment pratiques et d'une importance extrême au lit du malade, nous répéterons encore qu'en ces matières délicates, si l'attention du médecin doit être toujours en éveil, courir pour ainsi dire au devant de la lumière des faits, la circonspection à l'égard du malade

doit être extrême. Un mot imprudemment lancé peut porter le trouble dans une famille, punie ainsi de la faute d'un seul de ses membres. Le malade doit toujours croire *que la source de son mal est le signe diagnostique le plus certain de sa nature*, et tous nos efforts doivent tendre à ne mettre inutilement en éveil aucune de ses susceptibilités de père ou d'époux : dans ce but, chaque mot de nos questions et surtout de nos réponses doit être scrupuleusement pesé; que ce fait vous le prouve : un homme d'un extérieur ordinaire, mais que j'ai su depuis être une intelligence remarquable, se présente dans notre cabinet, et froidement nous met sous les yeux la partie malade avec cette simple question : Qu'est-ce que cela? — Un chancre. — Ma femme me trompe alors..... Je frémis de ma vivacité, mais il était trop tard, et je ne pus, quoique je fisse, déraciner le soupçon que j'avais fait naître.

Pour nous résumer : prudence, moralité, discrétion, sont nos premiers devoirs vis-à-vis des malades.

Vous le voyez, les causes d'erreurs contre lesquelles nous devons être en garde sont nombreuses; il faut des précautions multipliées et la plus grande attention pour arriver à prendre une observation complète, probante ; et cette défiance de tout ce qui n'est pas un fait doit porter à la fois et sur le malade qui quelquefois se trompe, mais plus souvent veut tromper, et sur le médecin qui en dehors de la fragilité humaine est encore sujet à des errements volontaires, profitables à une basse industrie. Dans le monde, feignez poliment de vous laisser tromper ; mais secouez sur le seuil de votre cabinet ces croyances complaisantes qui en matière scientifique sont absurdes. Il nous est donné chaque jour de rencontrer dans notre pratique des faits susceptibles de mille interprétations ridicules, si nous n'étions guidés par l'expérimentation et une sage défiance des malades. Un de nos amis, atteint de chancres parfaitement caractérisés et guéri par nos soins, après 1 ou 2 ans passés sans le moindre accident, nous demande s'il peut sans crainte se marier. Nous l'examinons attentivement à plusieurs reprises et le rassurons ; le jour même de son mariage, agité, inquiet, poursuivi par ses souvenirs, il provoque un nouvel examen qui nous laisse aussi tranquille que les autres et nous le perdons de vue; 4 ou 5 mois après il vient nous confier ses remords: sa femme est indisposée, dit-il, il s'en accuse et nous presse de la voir. Je découvre chez elle (dame bien posée) un tablier de plaques muqueuses, ulcérées, infectes, dont l'odeur me frappant avant le témoignage des yeux aurait suffi au diagnostic. Quel beau thème pour nos adversaires! chancres chez le mari, infection générale; communication à la femme deux ans plus tard par des rapports intimes sans manifestation d'accidents primitifs de part ni d'autre, etc., etc. Mais, pour nous, qui, n'admettant que les faits bien prouvés, rapportons tous ces cas à la loi générale, il y avait un autre aveu à obtenir..., et, après quelques questions, nous apprenions qu'une ulcération sur la grande lèvre gauche, existant encore à l'époque du mariage, avait suivi de quelques jours les *tentatives* d'un personnage qu'on avait dû épouser, etc., etc. Le mari ne sut jamais que sa femme avait la vérole ; s'il l'eût su, nous aurions pu lui laisser croire, pour ne compromettre personne, qu'il était le bouc émissaire.

Un mot d'éclaircissement sur notre manière d'apprécier les faits dans lesquels la transmission semble sortir des règles ordinaires. Nous ne doutons pas de la véracité du malade qui nous avoue des rapports sexuels illicites, à præposterâ venere ou autres, car on ne ment que pour cacher ou pallier une faute ; si au contraire le malade invoque des circonstances fabuleuses, mystiques, pour expliquer sa maladie, si, circonvenu par des questions adroites, il arrive à une confession telle que toute l'évolution des accidents, sauf le point de départ, soit conforme à la loi générale, nous n'hésitons pas à ranger ce fait dans la loi. Nous plaçons au contraire un point d'interrogation sur ceux qui restent enveloppés de leur obscurité première, et ces faits sont rares, empressons-nous de le dire. Voilà ce que nos adversaires, M. Baumès entre autres, ne se lassent point de blâmer, nos *fins de non-recevoir*: comme s'il n'en devait pas être ainsi dans toute bonne classification du petit nombre de ces faits incomplètement observés qui ne peuvent faire autorité ni pour ni contre.

En suivant cette marche philosophique dans l'appréciation des faits, tout est-il élucidé, palpable ? Non, avouons-le de suite, et beaucoup de cas demandent la sanction de l'expérimentation ; mais toute obscurité tombe devant l'emploi de l'*inoculation artificielle*, moyen dont l'excellence serait, pour ainsi dire, prouvée par les récriminations passionnées de nos adversaires. On l'a qualifié d'immoral, antireligieux, inhumain; n'en a-t-on pas dit autant et plus peut-être de la vaccine, dont les premiers pas furent bien moins assurés que ceux de l'inoculation ? Il y a au contraire une pensée éminemment religieuse, scientifique et morale, dans ces recherches confirmatives du diagnostic, d'où découleront à leur tour un pronostic, un traitement assurés. Comment donc qualifier la conduite de ces médecins aveugles ou pervers qui sans examen, sur le simple prétexte d'un coït *suspect* suivi de balano-posthite, de blennorrhagie, de productions frambésiées, etc., soumettent pendant six mois leurs malades à un traitement ruineux pour leur bourse, fatal à leur santé ? car un altérant puissant ne sature point impunément l'économie où rien ne le réclame. Et tout cela pour échapper à un danger chimérique, quand toutefois un sordide intérêt n'est pas le premier mobile de ces ennemis de la lumière !

L'*inoculation artificielle*, contrôle précieux dans des cas douteux, et par cela même d'un usage journalier, doit être montrée sous son véritable jour, et c'est ce que nous ferons en

examinant les différents reproches que lui adressent ses adversaires, la plupart contradictoires les uns des autres et qu'il suffira d'énoncer. Que croire de l'école physiologique et de ses livres où Bru, menteur bien osé ou expérimentateur maladroit, nous dit que l'inoculation des accidents primitifs est impossible, n'a jamais rien produit? Il en est de même du pus de tous les bubons d'après M. Cullerier. D'autre part, la clinique syphilitique du Val-de-Grâce, qui est venue nous dire d'abord que ces inoculations produisent des plaies simples, innocentes, guérissant avec des lotions émollientes, un peu plus tard fulmine contre les dangers de l'inoculation et ses effrayants résultats! Ainsi changent les opinions suivant l'intérêt du moment. Les médecins *virulents quand même* (1) repoussent aussi l'inoculation; entre elle et le mercure à tout propos ils se décident pour ce dernier. Pour nous qui voulons avoir une connaissance exacte, précise, de la nature, du domaine, des aboutissants, de la thérapeutique des maladies vénériennes, nous sommes entrés avec ardeur dans la seule voie qui pût nous mener par l'observation à la vérité. L'inoculation nous a montré deux ordres de maladies vénériennes différant par la cause qui est *spécifique*, *virulente* pour les unes, *non virulente* pour les autres. Un homme dont nous estimons infiniment le savoir et qui suivit nos essais lorsqu'il était à la tête d'un des services de cet hôpital, M. Cullerier neveu, auteur de l'art. *Inoc.*, D. en 25 vol., après de longues hésitations, s'est complètement rendu à l'évidence des faits, et n'a pas craint de dire « *qu'appelé à prononcer sur la nature d'un accident présumé syphilitique, en médecine légale, il ne se prononcerait jamais sans le criterium de l'inoculation.* » Par elle seule, en effet, on arrive à des résultats fixes, d'une précision mathématique, pourvu qu'on tienne compte des conditions de succès exigées dans toute expérience, des accidents, etc. : par elle on prouve la spécificité de la cause, connaissance d'où l'on tire la détermination de la source; cette cause mise en action sous nos yeux, nous suivons nécessairement l'évolution de l'accident qu'elle produit, sa forme, ses conséquences, avec une exactitude rigoureuse. Que pèsent auprès de cela les renseignements tirés des malades, si souvent vagues, inexacts, chez les femmes surtout? De quelle ressource seraient-ils pour déterminer la spécificité ou la non spécificité d'un accident vénérien? L'inoculation est enfin le seul moyen de diagnostiquer la période à laquelle est arrivé un accident primitif; moyen différentiel absolu, rationnel, significatif dans tous les cas, qu'il parle ou se taise, et aussi puissant dans certains cas de la pratique ordinaire qu'indispensable en médecine légale où sans lui tout est confusion. Qui ne frémirait en envisageant la masse d'erreurs judiciaires qui a dû sortir de ce chaos scientifique? — Au point de vue de la prophylaxie, du traitement abortif de la vérole constitutionnelle, l'inoculation serait encore nécessaire puisque seule elle peut prononcer définitivement dans beaucoup de cas sur la virulence de l'accident primitif, et par suite sur l'opportunité du traitement spécifique. J'ai dit : dans *beaucoup de cas*, pour bien faire sentir que l'inoculation n'est pas un moyen banal, mais tout scientifique et réservé pour des cas particuliers où le diagnostic hésitant a besoin d'un guide.

Telles sont les indications de l'inoculation au point de vue pratique. Mais comment doit-elle être pratiquée? du malade à un homme sain? non, mille fois! Nos adversaires les plus acharnés l'avaient faite et conseillée ainsi; mais cela est d'une immoralité révoltante, je dirai plus, c'est un crime gratuit, inutile; donner à coup sûr, sciemment la vérole, c'est tuer sa victime avec un poison lent, lui ménager une vie de souffrances. Des tentatives d'inoculation sur les animaux ont été faites depuis longtemps : Hunter ouvrit cette voie; j'ai reproduit à plusieurs reprises toutes ses expériences, puis d'autres encore sur des singes et d'autres animaux, en variant de toute façon: résultat négatif. Un moment d'espoir nous fut permis dans ces derniers temps; j'ai repris mes expériences pour arriver encore à cette conclusion: que l'inflammation produite et entretenue dans leurs tissus par tous les moyens imaginables aboutit à une ulcération, il est vrai, mais non spécifique. Nous arrivons donc forcément à l'*auto-inoculation*, c'est-à-dire à l'inoculation du malade sur lui-même : il compte un chancre de plus, mais nous démontrerons ailleurs qu'il n'a pas pour cela plus de chances d'infection constitutionnelle ni d'une infection plus intense, comme on le pourrait croire.

Divers écrits modernes, dans lesquels on m'accuse de mettre toute la syphilis sur la pointe d'une lancette, s'élèvent contre l'inoculation. Elle ne prouverait rien parce que d'autre pus que celui d'un accident primitif peut produire une pustule; oui, mais sera-ce une certaine pustule caractéristique, susceptible de se reproduire à l'infini par le même moyen? là gît toute la différence. Le virus vaccin, le virus variolique inoculés produisent aussi des effets particuliers que vous ne confondez pas avec ceux qui résultent de l'inoculation de toute sorte de pus; le virus syphilitique a les mêmes droits.—On a été jusqu'à dire : Les résultats de l'inoculation d'un chancre sont dus, non à la spécificité du pus qu'il sécrète, mais à l'infection générale produite par lui et qui détermine l'ulcération de la plaie simple que vous avez faite! Erreur incompréhensible.... mais ouvrez les yeux et surtout raisonnez: le *virus vaccin* (j'aime ce rapprochement), le virus vaccin déposé sur un point quelconque de la peau, et y produisant

(1) Nous désignons ainsi ceux pour lesquels tout accident vénérien est de nature spécifique, susceptible de développer l'infection générale; nous avons déjà fait allusion à leurs errements thérapeutiques.

une pustule, en produit-il une autre là où vous avez fait une simple piqûre avec un instrument bien net? Un individu porte à la fois une blennorrhagie simple et un chancre: inoculez à six lignes de distance, séparément, du pus de ces deux accidents; vous n'obtiendrez qu'une seule pustule caractéristique, pour le chancre seul. Les piqûres de saignées ou de sangsues si fréquentes se transforment-elles en chancre à moins de transport direct du pus sur ces petites plaies par défaut de soin? Cela ne peut être comparé, pour la mauvaise foi, qu'aux derniers mots de Cullerier dans l'art. *Inoculation* du Dict. dont il fut un des auteurs: *Quand un accident qui par lui-même n'est pas méconnaissable a été reproduit par vous deux, trois et quatre fois semblable à lui-même, qu'avez-vous gagné?* — J'ai déjà dit que l'évolution seule de la pustule d'ecthyma levait tous les doutes; je confie au sol un germe pris à une certaine plante, j'assiste au développement d'un être qui ne peut dériver que de ce germe lui-même, propriété exclusive d'une certaine espèce, et je ne suis pas en droit de conclure de là à l'existence du point de départ? Mais alors pourquoi croire à la réussite de la vaccination quand apparaît certaine pustule caractéristique?.. Nous regrettons presque d'avoir combattu sérieusement un argument inacceptable. M. Baumès de Lyon n'a pas encore pu nous prouver *scientifiquement* que les accidents syphilitiques *contagieux* sont ceux qui ne s'inoculent pas, qu'ainsi un individu, porteur de plaques muqueuses par exemple, puisse en couchant près d'un autre lui transmettre l'infection. Ces erreurs isolées dérivent d'observations défectueuses, incomplètes, ne peuvent infirmer les résultats positifs d'une longue expérimentation qui nous montre un seul accident vénérien contagieux, *le chancre à la période de progrès*.

ED. COURTIN,
Élève interne à l'hôpital du Midi.
(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. De la contagion de la fièvre typhoïde.

Lorsque je quittai la Faculté de Paris, en 1832, je croyais la propriété contagieuse restreinte à un petit nombre de maladies. Mais, dès mon début dans l'exercice de notre profession, j'acquis la certitude que le choléra se transmettait par contagion, et ce fut le premier coup porté à mes croyances d'école; je sus quel voyageur l'avait introduit chez nous, comment il s'était transmis aux gardes-malades, aux voisins, puis s'était développé épidémiquement, et je ne pus résister à l'évidence. Peu d'années après, je vis plusieurs fois l'ecthyma, réputé non contagieux, se montrer sur le pis de quelques vaches, simuler le cowpox et se reproduire, par contagion, sur les mains des trayeuses. Presque chaque année, j'ai vu la fièvre typhoïde, apportée dans une maison, frapper ses habitants, puis les voisins, et se transmettant comme une maladie contagieuse. Ces faits ont dû suffire pour former ma conviction; mais, bien que je les aie notés dans mes cahiers d'observation rédigés jour par jour depuis treize ans, je ne les ai point enregistrés avec des détails suffisants pour les livrer à la publicité, et je n'oserais donner comme certains les renseignements que je pourrais me procurer aujourd'hui pour les compléter, le souvenir des circonstances importantes devant être plus ou moins altéré par le temps dans la mémoire des autres témoins comme dans la mienne. D'ailleurs, qu'ai-je besoin de chercher si loin des observations oubliées en partie, lorsque d'autres faits parfaitement semblables se sont reproduits maintes fois chaque année, et même aujourd'hui m'environnent encore de toutes parts? Ce sera donc seulement dans les derniers seize mois de ma pratique que je puiserai la preuve de la contagion de la fièvre typhoïde.

Les faits que j'ai vus vingt fois ici, pourquoi ne les a-t-on pas vus des millions de fois à Paris et dans les grandes villes? Cette question, tout embarrassante qu'elle soit, n'est pas complètement insoluble dans l'hypothèse d'une contagion déterminée par un miasme qui serait fourni par les malades, se répandrait autour d'eux, et, sans affaiblissement bien notable de ses propriétés, serait transporté à quelque distance par le médecin, le garde-malade, le visiteur, par l'air et par les étoffes qui ont environné le patient. En effet, dans cette hypothèse, tout habitant de Paris et de grande cité étant chaque jour en contact avec le miasme morbifère répandu dans tous les quartiers, doit être atteint de fièvre typhoïde *aussitôt qu'il y est suffisamment prédisposé*; et, dès lors, il n'est donc point étonnant qu'on observe peu de cas de contagion dans les hôpitaux de ces localités, la cause occasionnelle étant partout ailleurs presque également intense. Dans une petite commune (toujours en admettant la même hypothèse) il en sera tout autrement. Le quart de la population pourra être prédisposé à la fièvre typhoïde depuis plusieurs années sans qu'il s'en soit manifesté un seul cas, parce qu'aucun de ces hommes sédentaires, vivant isolés dans leur village, n'aura rencontré la cause déterminante; mais que le miasme morbifère soit importé par l'un d'eux, et l'on verra souvent une petite épidémie se développer presque aussitôt, atteignant d'abord les parents, puis les voisins du premier malade, et se répandant ensuite par infection dans le reste de la localité.

On objectera sans doute à cette théorie que les affections qui se reproduisent au moyen d'un miasme, la rougeole et la scarlatine par exemple, ont été reconnues contagieuses dans la grande cité comme dans les hameaux, et qu'il n'en est point ainsi de la fièvre typhoïde. Mais cette objection sera résolue si l'on veut

admettre que la prédisposition à cette dernière maladie est relativement plus rare et que le principe morbifère de la scarlatine et de la rougeole jouit d'une activité qui, très intense à l'instant de sa production, s'affaiblit plus rapidement; d'où il résultera qu'une foule d'individus contracteront par l'approche d'un scarlatineux une affection à laquelle ils auraient échappé s'ils fussent restés plus à l'écart, tandis qu'on sera atteint de fièvre typhoïde, si l'on y est suffisamment prédisposé, presque aussi facilement en traversant simplement le foyer d'infection qu'en approchant des malades eux-mêmes.

Au reste, cette explication, toute satisfaisante qu'elle me paraisse, n'est, en définitive, qu'une pure hypothèse, et je ne regarde pas comme impossible que des circonstances hygiéniques ou topographiques donnent ici à la fièvre typhoïde une faculté contagieuse dont elle ne jouit point ailleurs. Je vais donc, avant de passer à l'exposition des faits, dire quelques mots de l'hygiène et de la topographie du pays où j'ai recueilli mes observations.

Jussey, lieu de ma résidence, est une petite ville de 2,800 âmes autour de laquelle se trouvent, dans un rayon de douze à treize kilomètres, cinquante villages renfermant 30,000 habitants, ce qui donne environ 60 individus par kilomètre carré (chiffre égal à celui qui représente la population spécifique de la France). Cette surface de cinq cents kilomètres carrés est géologiquement constituée par le lias; les autres terrains, occupant ensemble environ le tiers de la surface du sol, sont, en les énumérant d'après leur étendue respective: le keuper, gisant çà et là sous le grès du lias; le terrain moderne, formant de belles prairies où coulent la Mance et la Saône qui ont leur confluent au centre de la circonscription dont je trace la topographie, à deux cent trente-neuf mètres au-dessus du niveau de la mer; le jurassique, dont un lambeau isolé constitue la montagne de Jussey; enfin le muschelkalk, dont nous trouvons une petite quantité se rattachant au terrain de la Haute-Marne. Il existe très peu de terres stériles et moins encore de marais. En général les collines sont couronnées par des bois de peu d'étendue qui occupent environ la cinquième partie de la surface du sol; les plus élevées n'ont pas deux cents mètres au-dessus du confluent de la Mance et de la Saône. Dans les villages, l'industrie principale, je pourrais dire la seule industrie, est la culture de la terre, un très petit nombre d'individus se livrant à des métiers sédentaires. Le nombre moyen des habitants est de quatre ou cinq par maison. Leur nourriture se compose généralement de pain de blé, de pommes de terre, de légumes et de lard, les viandes de veau, de bœuf et de mouton étant d'un usage moins journalier. Leur boisson habituelle est un vin acide qui, dans les années ordinaires, ne fournit guère à la distillation que $^1/_{18}$ d'alcool absolu; étendu d'eau, il constitue une espèce de limonade vineuse, d'un usage très salutaire surtout pendant les travaux de la campagne; mais le plus souvent il est bu sans mélange et parfois en énorme quantité; terme moyen, un cultivateur adulte en consomme huit à dix hectolitres par an. Près de chaque maison se trouve ordinairement un fumier, et cette cause générale d'insalubrité est la seule que je puisse signaler.

J'arrive maintenant aux faits de contagion; et, *pour qu'on juge dans quelle proportion ils se trouvent avec ceux où cette cause ne peut être soupçonnée, je mentionnerai* TOUS *les cas de fièvre typhoïde que j'ai observés depuis le mois d'avril* 1844 dans la circonscription dont j'ai esquissé la topographie.

1° A *Montigny-les-Cherlieux*, village de 1000 habitants, très salubre, est morte Delphine R..., en décembre 1843, visitée par un médecin, seulement le dernier jour de sa maladie, et déclarée atteinte de fièvre typhoïde. Vers le 15 janvier 1844, après deux ou trois semaines de maladie et de séjour à Montigny, est mort Emile B., que son médecin avait d'abord considéré comme affecté de sciatique et que le docteur Champreux (dont j'ai la lettre sous les yeux) déclara plus tard atteint de fièvre ataxique. Depuis lors il n'y avait eu à Montigny aucune maladie analogue, lorsqu'en avril 1844 deux étudiants, atteints de fièvre typhoïde, MM. Mayer et Morlot, sortirent de leur séminaire où régnait cette maladie et revinrent chez leurs parents, l'un à Montigny, l'autre à Noroy-lès-Jussey. (Ce dernier village, d'après le témoignage de mon confrère Aubert, n'avait présenté nul cas de fièvre typhoïde depuis des mois ou des années, lorsque M. Morlot y arriva. Dès qu'il fut en convalescence, sa sœur, dont il avait reçu les soins, fut atteinte de la même maladie. Ce fait n'étant point tiré de ma pratique, je ne fais que le noter en passant.) M. Mayer reçoit à Montigny les soins les plus assidus de sa sœur et échappe heureusement aux accidents les plus graves. A peine est-il en convalescence, qu'elle est atteinte elle-même de fièvre typhoïde et succombe vers le quinzième jour. Pendant la maladie de mademoiselle Mayer, sont atteintes la voisine de gauche qui guérit, celle de droite qui succombe, et bientôt une fille Favret, qui demeurait presque vis-à-vis et qui eut le même sort. Ensuite la maladie se propagea par infection dans la localité et décima la population; aujourd'hui même elle y sévit encore.

2° A *Bougey*, village peu salubre de 500 habitants, en juillet 1844, je fus appelé quelques jours avant la mort du jeune Colin, atteint de fièvre typhoïde. Vers la fin de cette maladie, qui avait été longue, son frère, dont il avait reçu les soins, en fut lui-même affecté. S'il y eut ensuite d'autres cas dans le village, ils furent bien légers. D'après le témoignage de M. Grandmaître, il y avait eu antérieurement quelques fièvres typhoïdes légères dont l'origine est inconnue.

3° A *Barges*, en août 1844, Senrot, sortant d'un village contagié, fut atteint de fièvre typhoïde grave et reçut les soins de sa mère.

Aucun autre cas ne se présenta ensuite.

4° *Mercey*, village de 400 habitants, peu salubre, n'avait pas vu de fièvre typhoïde depuis longtemps, lorsqu'en décembre 1844, Pierre Raclaux fut atteint de cette maladie sans cause connue. A peine fut-il en convalescence que sa femme, ses enfants, ses voisins de droite et de gauche, en furent successivement frappés. Malgré des symptômes graves, un seul de ces sept malades succomba et le mal ne s'étendit pas davantage.

5° A *Blondefontaine*, village de 1100 habitants, où il n'y avait pas eu de fièvre typhoïde depuis longtemps, je fus appelé en janvier 1845 pour donner des soins au jeune Guinot, qui en était atteint au retour d'un voyage de Bourbonne et de Fresnes où l'on prétend qu'elle régnait. Son affection fut légère et ne se transmit point aux autres adultes de la maison dont il reçut les soins. En avril 1845, Marie Charpentier, après quelques jours de travail dans une ferme des environs, fut atteinte de fièvre typhoïde (forme inflammatoire, ataxique) qui ne se propagea pas.

6° *Augicourt*, village salubre de 500 habitants, en avril 1845, n'avait présenté aucun cas de fièvre typhoïde depuis des mois ou des années; le docteur Viney, résidant dans cette commune, donnait des soins assidus aux habitants d'Oigney, village distant de deux mille cinq cents mètres environ, où la fièvre typhoïde faisait des victimes; madame Viney, qui s'inquiétait, soit pour elle, soit pour son mari, de ces fréquents voyages et de ces longues visites dans un village contagié, fut atteinte de cette maladie et succomba le 5 mai. Son frère, qui résidait dans la même maison et lui avait donné des soins, fut bientôt frappé lui-même ainsi qne la servante, quatre personnes de la famille Delaule, voisin de droite, deux de la maison voisine à gauche, et une de la maison située vis-à-vis. De ces dix malades quatre ont succombé (et nous verrons bientôt l'un des six autres porter la maladie à Mercey); depuis lors la fièvre typhoïde s'est répandue dans le village, mais la mortalité est beaucoup moins considérable.

7° A *Gésincourt*, en mai 1845, la femme Roux fut atteinte de fièvre typhoïde grave sans cause connue, et succomba longtemps après; cette maladie ne se propagea pas dans le village. (Il en sera cependant question ci-après à l'article de Raincourt.)

8° A *Raincourt*, village très salubre de 650 habitans, il n'y avait pas eu de fièvre typhoïde depuis longtemps, lorsque, le 31 mai 1845, je constatai l'existence de cette maladie chez la femme Barbier, qui résidait à l'une des extrémités de la commune et venait de faire un voyage à Gésincourt. Elle fut visitée vers le 6 juin par la femme Porte qui résidait au centre du village, et qui succomba huit jours après à une fièvre typhoïde (forme ataxique). A la fin de juin et au commencement de juillet, des voisins de la femme Barbier et de la femme Porte sont atteints de la même maladie qui se répand ensuite dans la localité et sévit toujours avec plus d'intensité au centre de la commune, où quatre malades succombent. (J'omets à dessein de parler d'un enfant qui mourut d'une encéphalo-méningite.) En ce moment je n'ai plus à Raincourt qu'un cas bien tranché de fièvre typhoïde, et j'ai lieu de croire qu'il n'y en a pas d'autre.

9° A *Bétancourt*, village de 550 habitants, un peu humide, se présente une difficulté pour reconnaître l'origine de la maladie. Voici le fait : depuis des mois ou des années on n'avait pas observé d'affection analogue à la fièvre typhoïde, lorsque madame Poinsot, aubergiste, âgée de cinquante-quatre ans, tomba malade vers le 20 juin 1845. Mon journal du 25, jour où je la visitai pour la première fois, porte : pleurésie; le 30, les symptômes n'avaient pas changé de nature; plus tard la poitrine se dégage, des symptômes abdominaux se développent et jettent quelque doute dans mon esprit sur la nature inflammatoire ou typhoïde de l'affection. Enfin la malade entre en convalescence le 16 juillet. Dans le cours de cette maladie, et précisément à l'époque où elle avait présenté quelques symptômes typhoïdes, le jeune Denisot etait revenu à Bétancourt atteint d'une fièvre typhoïde qu'il apportait de Rosières, village alors contagié ; il avait passé devant la maison de madame Poinsot et gisait à cent mètres d'elle (fait que j'ignorais lorsque j'inscrivais sur mon journal l'état de ma malade); il succomba vers le 24 juillet, quelques jours après que sa sœur, sortant aussi de Rosières et atteinte de la même affection, fut venue le rejoindre à Bétancourt. Ils furent visités par la femme Josse qui bientôt contracta la fièvre typhoïde et la communiqua à son mari, puis à sa voisine (la jeune Devillers) qui elle-même la donna à son père ainsi que je l'ai constaté le 23 août. Je ne sache pas qu'il y en ait eu d'autres cas.

10° *Cimboing*. Au moulin des Prés, distant de trois cents mètres environ du village, réside chez son père le jeune Vallier, qui va plusieurs fois à Raincourt pendant l'épidémie dont j'ai parlé, principalement au commencement de juillet. Le 8 il est atteint, et entre en convalescence un mois après. Vers la fin de sa maladie, sa sœur, dont il a reçu les soins, tombe malade et n'entre en convalescence qu'au commencement de septembre. L'un et l'autre ont présenté la forme ataxo-adynamique.

11° *Oigney*, village médiocrement salubre, de 280 habitants, a vu depuis un an quadrupler le chiffre annuel de ses décès, sous l'influence de la fièvre typhoïde. En juillet et août derniers, appelé plusieurs fois en consultation par mes confrères Grandmaître et Viney qui résident, l'un dans la localité, l'autre à peu de distance, et qui ont soigné la presque totalité des malades, j'ai fait les observations suivantes : la fièvre typhoïde, une fois introduite dans une maison, frappe successivement tous ou presque tous les adultes qui l'habitent; chez Rollet, une fille venue d'un village non contagié pour donner des soins à

sa sœur a été atteinte elle-même après deux semaines de séjour. Je ne puis donner nul renseignement sur le début de l'épidémie dont je n'ai pas été témoin.

12° A *Lambrey*, village assez salubre, de 300 habitants, où il n'y a pas eu de fièvre typhoïde depuis longtemps, la femme Péron, après un voyage à Oigney (village très contagié), m'a présenté, en juillet dernier, les symptômes d'une fièvre typhoïde très légère (ou même, si l'on veut, d'un embarras gastro-intestinal avec météorisme, diarrhée, bronchite générale peu grave, fièvre, insomnie, sudamina). Il n'y a pas eu d'autres cas.

13° *Bougey*, village dont j'ai déjà parlé, n'a présenté aucun cas de fièvre typhoïde depuis l'an dernier. La femme Billy va visiter à Montigny un de ses parents atteint de cette maladie, peu de jours avant sa mort; elle y retourne la semaine suivante pour un service religieux. Elle tombe malade peu après son retour et me fait bientôt appeler. Le 13 août je constate une fièvre typhoïde non douteuse dont elle est à peine convalescente aujourd'hui.

14° A *Mercey*, village dont j'ai parlé plus haut, il n'y avait pas eu de fièvre typhoïde depuis la fin de mars, lorsqu'au commencement de juillet une des voisines de M. Viney (voir à Augicourt) vint passer sa convalescence chez son beau-père Etienney; bientôt, et même pendant son séjour, les trois jeunes Etienney tombent malades; l'un d'eux vient de succomber (à la forme ataxique). La fièvre typhoïde ne s'est pas encore répandue dans le village. (Il y en a un autre cas; mais l'individu l'a contracté à Augicourt où il était domestique.)

15° *Jussey* est une localité salubre, placée sur le revers septentrional d'une colline, au bord d'une vaste prairie; quoique très peu importante par elle-même, cette petite ville est le point central d'une nombreuse population répandue dans les villages voisins. La fièvre typhoïde s'y montre de temps en temps; je l'ai vue parfois frapper deux individus dans la même maison, ce qu'on peut fort bien expliquer sans admettre sa propriété contagieuse; elle est moins fréquente, je crois, depuis 1842, époque à laquelle nous fûmes menacés d'une épidémie. Chose singulière! la fièvre typhoïde semble se comporter à Jussey comme dans les grandes villes, car je n'ai jamais observé ici de faits favorables à l'hypothèse de la contagion.

Résumons : en faisant abstraction du fait très remarquable observé par M. Aubert (voyez 1°), et en mettant de côté les deux circonstances où je n'ai pu observer l'invasion de la maladie (voyez 2° et 11°), il reste des observations précédentes que, depuis le mois d'avril 1844 jusqu'au 7 septembre 1845, j'ai vu treize fois la fièvre typhoïde débuter dans un village; trois fois elle a paru spontanément (voyez 4°, 5°, 7°); et dans un de ces cas elle s'est ensuite propagée comme une maladie contagieuse; sept fois elle a paru contractée dans une localité contagiée (voyez 12°, 13°, 5°, 3°, 8°, 6°, 10°), et dans trois de ces cas elle s'est ensuite propagée; trois fois elle a certainement été apportée dans une localité saine par un individu malade (voyez 9°, 14°, 1°).

Ces observations, si on les accepte comme vraies (et j'offre toute espèce de preuves qu'on pourra désirer), doivent porter la conviction dans l'esprit du lecteur impartial.

De Boret, D. M. P., à Jussey,
membre de plusieurs sociétés savantes.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. La phthisie et les autres maladies de poitrine traitées par les fumigations de goudron et le medicinal naphtha; par le docteur Sales-Girons (1).

Après les livres savants publiés sur la phthisie par les chefs et les élèves de l'école anatomique, il restait encore cependant matière à faire un bon livre pratique. Cette matière a donc été reprise en sous-œuvre par des personnes qui se sont bien promis de ne pas tomber dans les mêmes errements que leurs maîtres. Il appartient à une critique impartiale de faire la part de ces derniers comme elle a déjà fait celle des autres.

Une thèse consolante que les phthisiographes actuels cherchent à défendre de tout leur pouvoir, c'est la curabilité de la phthisie. La tâche est belle, mais ardue. Ils ont d'abord contre eux l'opinion populaire de tous les temps, de tous les lieux. Les phthisiques d'Hippocrate mouraient. Saint Augustin, qui pouvait bien avoir quelques notions de médecine, parle, en passant, des phthisiques comme de gens condamnés à mort. Si la science s'est prise quelquefois à espérer, elle s'est retrouvée en face de l'opinion populaire qui ne veut pas que l'on espère, qui accorde tout au plus une palliation, un ajournement. Cette voix du peuple a bien quelque chose d'imposant dans une maladie qui est généralement si bien à la portée de son diagnostic.

Les défenseurs actuels de la curabilité de la phthisie se plaignent surtout d'avoir contre eux l'école anatomique personnifiée dans M. Louis. Aussi épuisent-ils une grande partie de leurs efforts à prouver que ces hommes trop laborieux n'ont fait faire à la question que des pas rétrogades. Il y a du vrai dans leurs reproches; mais il y a beaucoup d'exagération et d'injustice à compter pour rien les travaux des anatomo-pathologistes. Nous venons de dire ce qu'a été l'opinion populaire

(1) 1 vol. in-8° de 528 pages, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

de tous les siècles sur la curabilité de la phthisie. Eh bien! c'est Laennec et M. Louis qui les premiers ont prouvé que la phthisie est curable. Ils ont, il est vrai, restreint les cas de guérison à une minorité presque imperceptible. Mais enfin, n'est-ce pas quelque chose que l'espérance, si légère qu'elle soit? On reproche à Laennec de n'avoir admis la guérison qu'au troisième degré; c'est en effet une erreur qu'il eût sans doute rectifiée s'il lui eût été donné de faire presque l'impossible pour se sauver lui-même. Mais c'était déjà beaucoup de prouver la curabilité de la phthisie à la troisième période. Et puis, tous les travaux de l'école ne se personnifient pas dans Laennec et M. Louis. Leurs élèves ont continué l'étude de la question; ils ont prouvé, et tout récemment M. E. Boudet entre autres, que le tubercule à son premier développement est susceptible de guérir.

Ces travaux ne sont donc pas sans quelque valeur, et ils en ont d'autant plus qu'ils reposent, non pas sur des hypothèses ingénieuses, mais sur des faits sévèrement étudiés, trop sévèrement peut-être, car c'est cela même qui fait leur désespérante rareté et en restreint si fort la portée pratique.

Voici maintenant ce qu'il y a de défectueux ou plutôt d'incomplet dans ces travaux: c'est qu'ils sont tout pour la science et presque rien pour le médecin qui a bien plus besoin de savoir comment il faut s'y prendre pour guérir un phthisique que de savoir que, la nature et le hasard aidant, son malade guérira peut-être en dehors de l'art et malgré l'art. C'est dans ce sens que nous répétons encore qu'après les travaux de Laennec, de M. Louis et de leurs élèves, il y a encore matière à faire un bon livre sur la phthisie.

Il y a un an, nous avons parlé d'un ouvrage sur la curabilité et le traitement de la phthisie, par M. Bernardeau. Toute la presse médicale s'est également occupée de ce livre. L'auteur indiquait pour méthode générale de traitement une hygiène bien entendue: un régime fortement animalisé et stimulant, du vin, du café même, et de la matière médicale il ne prenait guère que les toniques. Sa théorie sur la pléthore veineuse considérée comme cause de la phthisie ne peut guère être admise qu'à titre d'hypothèse ingénieuse. L'ensemble même de l'ouvrage n'est que l'expression, médicalement rendue, de l'opinion populaire de tous les siècles sur le traitement de la phthisie, opinion qui veut que l'on combatte cette maladie par des fortifiants. Qui n'a entendu parler dans sa jeunesse de ces riches phthisiques qui se sont prolongés avec des jus de viande, avec du jus de rôti, enfin avec les extraits les plus animalisés possibles des substances animales? Mais Morton, au café près qu'il ne connaissait peut-être guère encore, avait prescrit toute la série des agents de la diète tonique et analeptique, depuis le homard et le tourteau jusqu'à la chair de gibier la plus noire. L'hygiène a depuis longtemps donné son dernier mot. C'est un bon auxiliaire; mais, seule, elle est insuffisante dans la plupart de cas. A la thérapeutique maintenant de dire le sien.

Nous voici sur le terrain de l'auteur dont nous avons annoncé le livre en tête de cet article. Le titre et la préface nous ont plu; mais la première moitié de l'ouvrage a failli nous faire renoncer à la tâche que nous avions entreprise d'en rendre compte. La seconde moitié nous a un peu relevé le courage, de sorte que, somme toute, nous croyons utile pour la pratique de faire connaître ce livre, tout en nous réservant d'être d'autant plus sévère pour son auteur qu'il pouvait certainement mieux faire, au moins dans la première moitié.

M. Sales-Girons annonce, en tête de son ouvrage, qu'il travaille à la fois pour les médecins et les malades de son pays; il dit même à ce sujet que la rédaction littéraire de son livre, sa composition scientifique, son procédé didactique enfin, marquent assez qu'il a cette double destination. Nous verrons jusqu'à quel point cela est vrai, ce qu'il eût en tout cas mieux valu laisser dire aux autres.

Notre auteur nous apprend, dans l'introduction, comment il a été en Allemagne, sous la protection du dernier ministre de l'instruction publique, à la recherche de documents sur le goudron. Cette recommandation lui a valu à Berlin et plus tard à Londres d'entrer en relation avec les hommes les plus distingués. Dans la première de ces villes il chercha en vain les vestiges des expériences de Hufeland sur l'application du goudron à la phthisie. Il apprit qu'il y avait à peine trois jours que le Nestor des médecins de l'Allemagne avait fermé les yeux, que ses expériences avaient été suspendues. Il fallait donc aller jusqu'en Russie voir le médecin de l'empereur, le docteur Crichton, qui a inventé les fumigations de goudron. Par bonheur, M. Sales-Girons apprit que sir Crichton était de retour en Angleterre. Il s'y rendit et y trouva un noble vieillard qui lui dit entre autres ces paroles: » J'ai vu les fumigations de goudron réussir autrefois chez les riches; elles réussissent aujourd'hui chez les pauvres; je ne fais plus de médecine que pour eux. Le goudron est le remède des malheureux; c'est pour cela, sans doute, que la Providence a semé le sapin sur tous les points de la terre. » A Londres encore, notre auteur a vu M. Hastings qui a guéri avec le *medicinal naphtha*, d'abord un phthisique de haut rang, ce qui a mis la cour en émoi, puis d'autres phthisiques de toute condition. M. Sales-Girons a rapporté en France, il y a trois mois, le livre du docteur Hastings et le naphtha medicinal. Il a déposé ce dernier chez son pharmacien de confiance; espérons pour l'honneur de l'un et de l'autre que l'on pourra sous peu l'aller indifféremment chercher dans toutes les pharmacies.

Ce début offre de l'intérêt. Malheureusement l'auteur dès son entrée dans la première partie ne se soutient plus à la hauteur du personnage qui a reçu la bénédiction du vieux médecin de l'empereur de Russie. Sous le titre de vues théoriques, il nous donne un

hors-d'œuvre dont le but se conçoit mieux qu'il ne se justifie. C'est d'abord la thèse de la spécialité en médecine pratique. Les bons esprits trouvent qu'il y a déjà trop de spécialités, ou plutôt trop d'hommes qui s'y livrent. En jetant un coup d'œil rétrospectif sur nos derniers grands hommes, on voit qu'ils avaient bien chacun un objet de prédilection pour leurs études; ainsi Chopart avait étudié d'une manière spéciale les maladies des voies urinaires; mais il n'en avait point fait une spécialité et il était excellent chirurgien sur tout le reste comme sur ce point. On voit de nos jours que les spécialités enrichissent plus ceux qui les cultivent exclusivement que la science, et qu'elles ne servent qu'à hérisser celle-ci de difficultés inabordables pour le reste des médecins. Eh bien, M. Sales-Girons ne trouve pas encore qu'il y ait assez de spécialités. « La dentition des enfants, un vrai fléau (la dentition, un fléau!), n'a pas encore son médecin! » Mais comment faire des spécialités dans une petite ville des départements? Notre auteur est peu embarrassé. Vous êtes cinq médecins et il y a, je suppose, cinq cents maladies; vous en prendrez chacun cent pour votre spécialité. A Paris, où il y a quinze cents médecins, c'est plus difficile; mais, en faisant trois variétés de chaque espèce, vous aurez chacun votre variété de maladie à traiter: tel aura la première dentition, tel la seconde; tel autre sera bien obligé de se contenter de la troisième. Quant à notre auteur, il n'a pas choisi la pire spécialité. La phthisie, dit-il quelque part, est notre spécialité.

Que les phthisiques de Paris prennent donc le chemin du cabinet de M. Sales-Girons, qu'il lui en arrive même une longue file des départements. Il nous en restera encore assez à traiter.

Mais voilà que notre auteur sort de son sujet et traite de la maladie en général et en particulier, lui qui deux pages plus haut recommandait aux malades qui regrettent l'astrologie les médecins universels, répondant au nom de toutes les maladies, c'est-à-dire les 99 centièmes de ses confrères, dont il a demandé ailleurs le concours bienveillant.

Dans son étude de la maladie en général, M. Sales-Girons emprunte beaucoup au dogme chrétien, à la doctrine catholique, et l'Évangile se trouve fréquemment cité dans son livre. Cette profession de foi peut être un bon moyen d'introduction dans le monde, mise en parallèle surtout avec la profession tout opposée de beaucoup d'autres. Nous ferons cependant observer à l'auteur qu'un certain nombre de médecins praticiens, auteurs ou professeurs, sont bons chrétiens en pratique, sans se croire tenus de le faire savoir incessamment dans leurs cours ou dans leurs livres.

Nous ne pouvons suivre M. Sales-Girons dans tous les détails de sa seconde partie, intitulée: Pathologie spéciale de la phthisie. Il y a des choses bonnes et vraies, sans doute, mais il y en a aussi d'outrées, de fausses même. Si nous sommes si sévères, c'est que le lecteur instruit, le médecin surtout, ne peuvent guère se défendre, à la lecture de ce livre, de craindre qu'il n'y ait eu de la part de l'auteur quelque calcul dans les exagérations et les erreurs même. Si le temps et l'espace ne nous manquaient, nous prouverions aisément par des citations, et on le voit déjà par ce qui précède, que la forme de ce livre n'est ni scientifique, ni didactique, comme l'auteur le prétend; l'intention et le but y percent à chaque page : ce livre n'est point fait pour les médecins, mais pour les malades et contre les médecins.

D'après cela, on conçoit qu'il ait fallu certains artifices de langage, des exagérations outrées, des injures aussi. L'auteur attaque les anatomo-pathologistes, cela va sans dire: c'était son droit et son devoir de faire voir en quoi ils étaient attaquables et de leur rendre justice pour tout le reste, surtout pour avoir prouvé la curabilité de la phthisie. Mais n'est-ce pas un oubli de toutes les convenances que de dire de M. Louis, et encore en soulignant: « Vous qui avez lu le livre des *Recherches anatomo-pathologiques de la phthisie*, ne direz-vous pas, si vous voyez entrer son auteur dans une maison : *Il va y avoir un mort là-dedans; cet homme est un oiseau de mauvais augure?* » Comment un auteur qui prétend donner une conception chrétienne de la phthisie, qui cite si souvent l'Évangile, qui trouve dans le livre saint une *hygiène infaillible* pour ses malades, n'y a-t-il pas pris pour lui-même quelques préceptes de charité chrétienne et n'y a-t-il pas lu cette sentence : Qui dixerit fratri suo Raca, fatue, reus erit.. concilio..., ignis... Les médecins qui se respectent doivent du moins laisser les injures contre les personnes à ces charlatans éhontés qui inondent les loges des portiers de Paris de leurs libelles, lesquels y trouvent le plus souvent leur juste application aux besoins domestiques d'un ordre inférieur.

Nous ne parlerons pas des opinions qui ne sont que hasardées. Libre à l'auteur de les émettre; le lecteur appréciera. Mais il n'en est plus de même des erreurs, surtout lorsqu'elles s'adressent à des gens qui ne sont pas assez compétents pour en juger. A ce titre, nous ne savons comment qualifier celles qui se trouvent dans un chapitre sur les *maladies accessoires de la poitrine*. Ces maladies sont pour M. Sales-Girons la *pneumonie ou péripneumonie*, la *bronchite chronique*, la *laryngite* ou *phthisie laryngée* et la *trachéite chronique*, la *coqueluche des enfants*, le *coryza chronique*, l'*asthme*; toutes maladies, dit-il, que le goudron guérit. Soit; mais ne nous dites pas qu'il reste toujours quelque chose après la guérison d'une pneumonie; ne nous évoquez pas ce fantôme de la pneumonie chronique que vous savez fort bien être une chimère. Vous savez aussi bien que nous que la pneumonie tue son homme ou guérit franchement, et n'accélère même pas ordinairement la phthisie. Pourquoi dites-vous plus loin que le diagnostic de la bronchite est sujet à la confusion avec la pneumonie, que les distinctions fines de l'auscultation

et de la percussion ne profitent qu'à la vanité du pathologiste et n'atteignent jamais le traitement qui serait identique dans les deux cas, etc.? Ne vous adressez du moins qu'au public non médical ou au ministre de l'instruction publique qui n'est pas obligé d'être docteur ès quatre facultés, et surtout ne nous dites pas que vous faites un ouvrage scientifique et didactique.

En voilà assez sur la première moitié de l'ouvrage de M. Sales-Girons. Si elle existait seule, nous l'eussions passée sous silence, et nous conseillons à l'auteur de la supprimer le plutôt qu'il le pourra.

La seconde moitié de l'ouvrage de M. Sales-Girons traite de la thérapeutique de la phthisie. Nous ne prétendons pas nous porter garants de toutes les opinions qui y sont exprimées; l'expérience personnelle doit y être à peu près nulle puisqu'il y a trois mois que l'auteur est revenu en France; l'enthousiasme n'y est pas toujours très réflechi. Mais, enfin, le tout constitue un répertoire intéressant de ce qui a été fait jusqu'à nos jours contre la phthisie; l'auteur y signale un moyen, entre autres, qui peut rendre les plus grands services et qui a pour garantie un nom des plus respectables.

Nous n'entrerons pas dans les détails des premiers chapitres. Comme traitement préventif, c'est l'eau et les fumigations de goudron que M. Sales-Girons propose; il les propose également pour prévenir la contagion qui peut résulter de la longue cohabitation avec les phthisiques. Arrivé au traitement curatif rationnel, notre auteur pose en principe que le remède ne peut être qu'un spécifique, et là-dessus il jette un coup-d'œil sur ce qu'il appelle les spécifiques dans les divers âges de la médecine. Nous n'engagerons pas ici une discussion sur l'expression de *spécifiques de la phthisie* qui forme le titre courant de la moitié de l'ouvrage de M. Sales-Girons, sachant fort bien qu'il lui fallait cette expression, bien faite pour parler au public des malades qui, par spécifique, entend remède souverain, infaillible. Quoiqu'il en soit, nous admettrons bien volontiers que les anciens ont eu de meilleures méthodes de traitement contre la phthisie que celle de Broussais, que la méthode palliative employée presque forcément dans les hôpitaux de Paris.

Nous passerons de suite à la quatrième et dernière partie, intitulée : Traitement spécifique de la phthisie (les spécifiques précédents n'étaient donc pas spécifiques); nous allons voir que, dans ceux qui vont suivre, il y en a de plus spécifiques les uns que les autres. Nous en aurons plusieurs catégories. D'abord c'est celle des balsamiques et des aromatiques qui ont leur origine dans les embaumements de cadavres chez les Égyptiens. Les Grecs donnaient le vin de myrrhe, les Latins le *vinum picatum* ou vin de goudron. Vient ensuite celle des fumigations ou topiques. Nous laisserons là les recherches curieuses de notre auteur pour arriver enfin à ce qui fait la partie la plus intéressante de son ouvrage, au goudron.

Le sapin, chez les anciens, nous dit M. Sales-Girons, est l'*arbor felix* par excellence. Pline ne tarit pas en éloges sur le pin : il est, dit-il, un poison pour l'insecte ; il conserve l'homme mort ou vivant. Il suit l'homme partout où celui-ci peut vivre; le paysan norwégien fait de sa deuxième écorce du pain, de ses bourgeons de la bière.

L'éclegme antiphthisique d'Hippocrate était composé de graines de pommes de pin avec le galbanum et le miel attique. Dès l'époque de Dioscoride, on prescrit toutes les parties de la plante, la résine, la térébenthine, les turions ou bouts de branches. Pline recommande contre l'hémoptysie la décoction de cônes de pin. Les préparations vineuses étaient nombreuses : c'étaient le *vinum pineum*, *abiegnum*, *juniperum*, *cupressinum*, *cedrinum*, *resinatum*, *terebenthinum*, *picatum*, etc. Les Romains, au rapport de Galien, préparaient des cosmétiques avec le goudron et se gardaient bien d'en masquer l'odeur. Les préparations des conifères ont été en honneur jusqu'à la fin du siècle dernier. On connaît la bière sapinette d'Hoffmann.

Mais c'est le fameux Berkeley, évêque de Cloyne, avec lequel nos lecteurs se rappelleront sans doute avoir fait connaissance dans leur cours de philosophie, qui le premier a vulgarisé l'*aqua picata* dans un livre intitulé : *Syris* ou *Recherches sur les vertus admirables de l'eau de goudron*. Il voit dans cette eau un baume, un arome, une huile essentielle, un savon, un vinaigre. M. Sales-Girons, pour la populariser, vient de faire une eau de goudron gazeuse.

M. Reichenbach a retiré du goudron la créosote qui a joué un si grand rôle depuis tantôt quinze ans. Quoiqu'on lui ait reconnu des propriétés thérapeutiques fort énergiques, il nous paraît, avec l'auteur, hors de doute que le goudron lui est préférable.

Le dernier spécifique de la phthisie est le *medicinal naphtha*, découvert par le docteur Hastings. Sous le nom générique de *naphtha*, les Anglais désignent les esprits ou vinaigres de bois, et on les employait à peu près indistinctement contre la phthisie, lorsque le médecin anglais que nous venons de citer fut conduit par le hasard à distinguer celui qui est bon, et qu'il appelle *medicinal naphtha*, de celui qui ne l'est pas. Voici leurs caractères différentiels : le premier est d'un effet nul à la teinture du tournesol ; le second rougit ; le premier se dissout dans l'iode; le second s'y dissout aussi, plus promptement même, mais moins complètement; le premier bouilli avec les huiles fixes reste limpide ; le second devient laiteux; le premier, enfin, après combustion, donne un résidu aqueux, l'autre n'en donne pas. Le *naphtha* non médicinal est un hydrate d'oxyde de méthyle ayant pour formule C^2H^3O,Aq; le *medicinal naphtha* a pour formule C^3H^3O. Les expériences chimiques faites avec ce dernier sur de la matière tuber-

culeuse ont amené la destruction de cette dernière par la disparition de ses globules. La guérison par cette substance qui a fait tant de bruit à la cour d'Agleterre, et à laquelle il est fait allusion dans l'introduction, est celle de M. Seabrook, intendant de S. A. R. la duchesse de Kent. Le docteur Hastings a été autorisé à faire usage de sa lettre de remercîments.

Le mode d'emploi du medicinal naphtha est facile. Tant que la phthisie suit une marche chronique, à quelque degré que la maladie soit parvenue, on l'administre à la dose de sept à dix gouttes dans une cuillerée à bouche d'eau, et cela répété trois fois par jour ; après une semaine d'usage on élève la dose jusqu'à quinze et même vingt gouttes. Le *naphtha* peut être associé à la scille, à la digitale, à la jusquiame, etc. On doit le suspendre quand il y a des accidents inflammatoires. L'auteur a fait subir à ce médicament diverses préparations ; il a fait composer un sirop, un liniment et une eau sédative pour frictions thoraciques, une pipette et des cigarettes. Bien entendu qu'on ne les trouve que chez certain pharmacien spécialiste.

Du *medicinal naphtha* M. Sales-Girons revient au goudron en fumigations. Il a pris à ce sujet pour épigraphe de son livre cet aphorisme de Mascagni : « Si jamais on trouve un remède spécifique contre la phthisie, c'est par les voies respiratoires qu'il doit pénétrer l'organisme du poitrinaire. « Le hasard seul a conduit à découvrir l'utilité des fumigations de goudron. Un officier d'artillerie, faisant mettre un jour du vin en bouteilles et assistant en personne à l'opération, se trouva soulagé d'une extinction de voix, par l'effet des vapeurs de la cire. Peu après l'officier supplia son chirurgien d'appliquer ce traitement à un soldat phthisique; ce dernier fut guéri. Rush, de Philadelphie, dit, comme un fait d'observation personnelle, qu'un ouvrier poitrinaire se guérit en adoptant pour industrie de mettre du vin en bouteilles. Cette cure mit en honneur les fumigations de goudron. Rush faisait ses fumigations en jetant en même temps dans de l'eau bouillante du goudron et du son.

Mais c'est M. Alex. Crichton, médecin ordinaire de l'empereur de Russie, qui a vulgarisé et régularisé l'emploi de cette méthode. L'idée lui en vint en se promenant dans une corderie; il fut tout étonné de se sentir une grande facilité de respiration lorsqu'il arriva au milieu des vapeurs du goudron bouillant dans de vastes chaudières. Il y fit transporter un noble poitrinaire qu'il désespérait de sauver; ce malade guérit. Il soumit ensuite à ce traitement d'abord huit cas de phthisie confirmée; cinq aboutirent à la guérison. Alors il publia son *Account*. L'Allemagne reprit ses expériences, et divers médecins de ce pays, Hufeland, Pagenstecher et Hildebrand témoignèrent en obtenir d'excellents résultats.

Le meilleur goudron pour les fumigations est celui qu'on utilise dans la marine et les corderies ; il vient de la Norwége. Pour neutraliser l'acide pyroligneux que l'on trouve dans le goudron du commerce et qui provoque la toux, on ajoute 60 à 90 grammes de sous-carbonate de potasse par kilogramme de goudron, et on mêle intimement. Le goudron sera choisi le plus liquide possible et tamisé à une douce température.

Il faut laisser quelques gouttes d'eau à la surface du mélange, surtout si le temps est chaud et l'air sec. La capsule qui contient la matière est placée sur quelques charbons ou sur la flamme d'une petite lampe à esprit de vin, et menée jusqu'à ébullition douce. Le dégagement au-dessus du vase doit être presque invisible. Le même goudron peut servir plusieurs fois, mais seulement celui qui découle par décantation ; car la capsule doit être chaque fois lavée et bien nettoyée. Le vase où se dégagent les vapeurs doit être le plus éloigné possible du malade.

Au début le malade éprouve quelques malaises, de la céphalalgie, de l'augmentation dans les sueurs, des nausées, des vomissements même : il ne faut pas s'en effrayer. On suspendrait, toutefois, à la plus légère apparence d'hémoptysie.

L'auteur termine son livre par un appendice où il parle de la découverte d'un spécifique trouvé en Allemagne ; il porte pour titre : *Laine végétale ou forestière* (*Waldwolle*). Cette laine est encore empruntée au pin ; c'est la feuille, cette aiguille verte et mince, courte et terne, qui, par une suite d'opérations dont l'inventeur allemand, M. Weiss, fait un secret, devient de la laine. Il a commencé par en faire des matelas et des courtes-pointes hygiéniques ou thérapeutiques. Les hôpitaux de Vienne, de Berlin et de Breslau, après quatre ans d'essais, en ont fait de nombreuses commandes. Le prix de revient de cette laine est très modique et l'on a l'agrément d'avoir des meubles qui repoussent les insectes et la vermine.

Le résidu de la décoction des feuilles de pin a aussi été utilisé en thérapeutique dans les rhumatismes, les scrofules, la phthisie, les catarrhes de vessie.

Par la distillation on a extrait de ces feuilles une huile que M. Weiss appelle *essence silésienne* et qui paraît avoir de l'avenir.

II. **Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique** ; par le docteur A. Foucart, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (médaille d'or).

M. Foucart, dans un mémoire intéressant d'une cinquantaine de pages environ, s'est livré à des recherches pratiques et historiques sur une affection dont l'existence est peut-être encore un sujet de doutes pour quelques pathologistes. D'abord, existe-t-il une arthrite blennorrhagique? L'auteur le prouve par une observation qu'il a prise en janvier dernier dans la salle Saint-Lazare à l'Hôtel-Dieu de Paris. Nous avons aussi vu, pour notre compte, un cas bien réel d'arthrite de cette espèce

sur un malade de la ville. Dans le cas observé par M. Foucart, l'arthrite blennorrhagique s'est portée sur le genou et ses recherches dans les auteurs lui ont prouvé que c'est là le cas le plus fréquent. Dans celui que nous avons vu l'arthrite se manifesta à l'épaule. Le fait qui paraît mieux prouver la spécificité de l'arthrite dans cette circonstance, c'est que, dans l'immense majorité des cas, elle est bornée à une seule articulation. Swédiaur est le premier qui ait parlé de l'arthrite comme d'une des nombreuses complications de la blennorrhagie, et depuis lui tous les syphiliographes l'ont admise. Mais s'ils sont d'accord sur le fait, il s'en faut beaucoup qu'ils le soient sur sa valeur, sur les indications thérapeutiques qu'il peut présenter. Les difficultés de cette question sont indiquées et résolues par M. Foucart dans les propositions suivantes qu'il donne à la fin de son travail comme le résumé de ses conclusions :

I. Il existe une arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire il peut se développer dans certains cas une phlegmasie articulaire, qui a des rapports manifestes avec un écoulement blennorrhagique dont est ou était affecté l'individu rhumatisant.

II. Cette arthrite peut se produire dans trois circonstances :

1° Ou il y a suppression de l'écoulement, préalablement à l'apparition du rhumatisme, et alors elle reconnaît pour cause déterminante, ou la métastase, ou la cause qui produit cette suppression ;

2° Ou il y a persistance de l'écoulement, et le développement du rhumatisme est déterminé par une cause occasionnelle appréciable: le froid, une contusion, excès de fatigue, l'écoulement blennorrhagique ne constituant qu'une prédisposition ;

3° Ou, enfin, il y a persistance de l'écoulement, et il n'y a de cause déterminante appréciable de l'arthrite que l'existence de la blennorrhagie.

III. Quelquefois, dans ces deux derniers cas, il y a suppression de l'écoulement, consécutive au développement du rhumatisme, quand celui-ci est très intense. Ce n'est point alors une métastase qui s'opère, mais il y a simplement une révulsion produite par un travail inflammatoire plus intense dans le point secondairement pris que dans celui primitivement affecté.

IV. Le plus souvent l'arthrite blennorrhagique n'occupe qu'une seule articulation, ou deux au plus, et des membres inférieurs principalement. Son lieu d'élection est le genou : ces deux conditions de rhumatisme *mono-articulaire*, et se fixant de préférence dans une grosse articulation, expliquent la gravité et l'opiniâtreté de la maladie qui nous occupe.

V. L'arthrite blennorrhagique est accompagnée, dans la grande majorité des cas (neuf dixièmes environ), de douleurs plus ou moins vives, souvent intenses.

Dans un nombre moins considérable de cas, il y a rougeur de la peau qui recouvre la région de l'articulation malade ; dans cette circonstance, le rhumatisme blennorrhagique présente presque tous les symptômes du rhumatisme articulaire aigu *normal*. Malgré leur acuité et leur intensité plus grandes, ce sont les cas les plus favorables et ceux dans lesquels un traitement énergique enlève ordinairement en peu de temps l'affection inflammatoire.

VI. Lorsqu'elle débute d'une manière lente et subaiguë ou chronique, sans douleurs, sans changement de couleur à la peau, sans autres symptômes, enfin, que ceux d'un épanchement séreux articulaire (hydarthrose), et sans réaction inflammatoire, tout comme dans les cas où, présentant au début les signes d'une inflammation aiguë, violente, elle n'a pu être enlevée dans les premiers jours, cette variété de l'arthrite est beaucoup plus tenace et plus opiniâtre que l'arthrite rhumatismale simple.

Sa durée la plus ordinaire est, dans ces circonstances, de six semaines à quatre mois environ, lorsque la terminaison doit être favorable.

VII. Si l'arthrite blennorrhagique se termine assez fréquemment par résolution, elle amène aussi quelquefois, et cela plus souvent que l'arthrite rhumatismale simple, la terminaison par ankylose ou par suppuration. Dans l'arthrite blennorrhagique, la terminaison par suppuration est, *absolument*, plus rare que dans le rhumatisme simple, et, *relativement*, deux ou trois fois plus fréquente.

VIII. Dans la période d'acuité, le traitement doit être essentiellement antiphlogistique et d'une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet. Loin de chercher à rappeler l'écoulement quand il est supprimé, soit primitivement, soit consécutivement, on doit traiter à la fois la blennorrhagie quand elle persiste, et l'affection rhumatismale.

Lorsqu'elle est dans la période subaiguë ou chronique, le traitement doit être révulsif d'abord, puis résolutif.

IX. Dans les cas où les mercuriaux ont été employés avec succès, ce n'est point à la vertu spécifique du mercure qu'il faut attribuer la réussite, mais seulement à ses propriétés éminemment résolutives, les préparations hydrargyrées, et principalement l'onguent napolitain, étant jusqu'à présent le résolutif par excellence.

X. Si l'existence du rhumatisme blennorrhagique est incontestable, on ne peut dire qu'il en soit de même de la blennorrhagie rhumatismale, et il n'existe pas de fait authentique qui prouve qu'une métastase rhumatismale *seule* ait pu produire une blennorrhagie chez un sujet qui n'en avait jamais eu précédemment.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

De l'uréthrite chez la femme; par M. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, docteur en médecine. — Les cas de ce genre sont assez multipliés pour que, parmi les malades de Saint-Lazare, il y en ait habituellement une ou deux affectées d'uréthrite.

L'uréthrite simple, car il ne s'agit pas ici de la virulente, s'annonce, chez la femme comme chez l'homme, par des élancements dans l'intérieur du canal, principalement à son orifice externe, par un léger prurit qui se change bientôt en un picotement douloureux, enfin par le gonflement du méat urinaire qui devient rouge et enflammé. Nous ne décrirons pas ici la marche de la maladie, qui est à peu près la même chez la femme que chez l'homme, sauf la durée qui est plus courte. Elle peut aussi passer à l'état chronique. Notons toutefois, d'après l'auteur, que l'uréthrite des femmes est bien moins sujette à se supprimer que celle des hommes, et que, par conséquent, elle est presque toujours exempte des accidents qui viennent si souvent compliquer cette dernière. Cependant il y a quelquefois chez la femme une coarctation plus ou moins prononcée de l'urèthre qui rend l'émission de l'urine plus difficile, plus douloureuse, et qui a été dans un cas jusqu'à produire un *rétrécissement* très considérable de l'urèthre. On fut obligé, à deux reprises différentes, pour obtenir une guérison complète, de dilater le canal au moyen de bougies. Une autre femme, qui présentait un méat largement béant à son ouverture d'entrée, avait celle de la vessie tellement étroite qu'elle ne pouvait admettre une sonde de caoutchouc de petit calibre. Il fallut le dilater par des bougies pendant deux mois.

A la suite de nombreuses uréthrites, il se forme quelquefois des espèces de varices au pourtour de l'orifice de l'urèthre, qui produisent un bourrelet assez volumineux et qui est incurable.

Trois modes de traitement bien distincts sont applicables, suivant le plus ou moins d'intensité de l'uréthrite :

1° La méthode délayante qui est indiquée dans l'uréthrite aiguë. Boissons délayantes et mucilagineuses, additionnées de nitre; bains, repos.

2° La méthode perturbatrice convient lorsque l'uréthrite est passée à l'état chronique. L'auteur s'est très bien trouvé du copahu et du cubèbe, quoiqu'on ait prétendu que ces moyens n'avaient pas d'action sur la blennorrhagie de la femme, par la raison, sans doute, que l'on comprenait sous ce nom la vaginite et non l'uréthrite, deux choses bien différentes. M. Boys de Loury donne le poivre cubèbe sous la forme de teinture alcoolique saccharolée, à la dose de 30 grammes par jour pris en deux fois. Les malades supportent difficilement ce médicament plus de quinze jours; mais cet espace de temps suffit, d'ordinaire, pour la guérison complète. Le copahu est encore plus difficile à administrer dans les établissements où les capsules de Mothes ou de Raquin ne sauraient pénétrer. L'auteur a remarqué qu'il modifiait heureusement l'uréthrite toutes les fois qu'il ne déterminait pas chez les femmes des selles abondantes, et que l'urine, en passant sur l'endroit enflammé de l'urèthre, produisait de la cuisson sans douleur. Toutefois, il a pu guérir aussi, tout en déterminant des évacuations alvines abondantes. Il est bon de se rappeler que la première dose a pour effet constant de raviver l'écoulement pendant les douze premières heures.

La térébenthine unie à l'aloès dans les proportions suivantes est mieux supportée que le copahu et elle a guéri la plupart des femmes atteintes d'uréthrite aiguë dans l'espace de 15 à 30 jours.

Prenez : Térébenthine cuite 8 gr.
Poudre d'aloès soccotrin 2 gr.

Divisez en quarante pilules. A prendre 10 à 12 par jour.

3° Les cautérisations au nitrate d'argent constituent le fond de la méthode substitutive, et l'auteur dit qu'il n'a eu qu'à s'en louer. Ainsi, dès le début de l'uréthrite, il a quelquefois cautérisé en poussant le crayon à 3 centimètres au delà du méat; mais il est indispensable d'exprimer auparavant le pus que renferme le canal et de promener lentement le crayon de nitrate d'argent pour déplisser le plus complètement possible la muqueuse uréthrale. Cette cautérisation produit quelquefois de vives douleurs, mais non pas constamment. A partir du troisième jour, la muqueuse escharifiée tombe en totalité ou par lambeaux; l'écoulement diminue considérablement, se supprime souvent pour reparaître après la chute de l'escharе. Une ou deux nouvelles cautérisations faites à six jours d'intervalle suffisent pour faire disparaître l'uréthrite. L'auteur a quelquefois fait des injections avec l'azotate d'argent; mais les précautions qu'elles exigent pour que le liquide n'entre pas dans la vessie nous paraissent en faire une méthode peu recommandable.

Quand il existe des chancres et des bubons, l'uréthrite est virulente et alors l'auteur prescrit le proto-iodure de mercure. Dégagée de ces complications, l'uréthrite est présumée simple; il n'est malheureusement pas possible de distinguer entre eux d'une manière certaine les divers écoulements des parties génitales de la femme. L'uréthrite simple est d'ailleurs susceptible de contagion. (16 *mai* 1846.)

REVUE MÉDICALE.

Aperçu sur les propriétés de la source thermale sulfureuse de Saint-Sauveur (Hautes-

Pyrénées); par le docteur A. FABAS. — Saint-Sauveur est un petit bourg situé à l'angle occidental du triangle formé par la petite plaine de Luz. Son élévation est de 770 mètres au-dessus du niveau de la mer. Il ne comprend qu'une seule rue formée par deux rangées de maisons, les unes adossées contre la montagne d'où jaillit la source, les autres suspendues, pour ainsi dire, au-dessus du gave de Gavarnie qui roule à une profondeur de 250 pieds.

L'établissement thermal de Saint-Sauveur ne possède qu'une seule source qui fournit 44 mètres cubes d'eau dans les vingt-quatre heures. Elle alimente une douche, une buvette et seize baignoires. L'eau en est claire, limpide, onctueuse au goût et au toucher. Lorsqu'on l'expose à l'air, il se fait un dégagement considérable de gaz, et elle finit par perdre son odeur et sa saveur.

Longtemps ces eaux n'ont été administrées qu'à l'extérieur. Aujourd'hui on les prescrit avec avantage à l'intérieur, coupées avec du lait ou de la tisane appropriée, ou bien en quantité proportionnée à la difficulté qu'éprouve l'estomac du malade lorsqu'il les prend pures.

La composition des eaux de Saint-Sauveur est à peu près la même que celle des eaux de Baréges. Ces dernières, toutefois, contiennent une plus grande quantité de soufre et la température de leur source la plus chaude est de 42 degrés centigrades, tandis que celle de la source de Saint-Sauveur n'est que de 34,50. Malgré la légèreté apparente de ces différences, il ne faut pas croire que leur action soit identique.

Un individu à fibre lâche, chez lequel la lymphe prédomine, obtiendra de bons résultats à Baréges.

Un individu, au contraire, à fibre serrée et chez lequel l'élément nerveux prédomine, fera bien de préférer les eaux de Saint-Sauveur.

Les résultats thérapeutiques obtenus par les eaux de Saint-Sauveur prouvent qu'elles sont : 1° vulnéraires détersives ; 2° savonneuses fondantes ; 3° dépuratives ; 4° diurétiques ; 5° lithontriptiques ; 6° antispasmodiques toniques. Cette division a été établie par le grand-père de l'auteur et conservée avec une piété toute filiale par son fils et son petit-fils.

Les trois premières de ces propriétés sont communes à toutes les eaux sulfureuses, et, sous ce rapport même, Baréges est bien supérieur à Saint-Sauveur. La première de ces localités sera donc à préférer lorsqu'il s'agira de blessures, d'ulcères, de fistules scrofuleuses, à moins toutefois qu'il n'y ait une susceptibilité nerveuse ou une disposition inflammatoire ; car alors les eaux de Saint-Sauveur seraient mieux indiquées. Saint-Sauveur paraît jouir également d'une certaine supériorité contre les bronchites chroniques.

Mais c'est surtout par leurs propriétés lithontriptiques, antispasmodiques et toniques que les eaux de Saint-Sauveur se distinguent. Elles se prescrivent avec avantage contre les troubles de l'appareil génital chez la femme ; la leucorrhée y est le plus souvent amendée, sinon guérie. Les individus affectés de divers désordres à la suite de suppression du flux hémorrhoïdal ont souvent à se louer des eaux de Saint-Sauveur. Les chlorotiques jouissent à Saint-Sauveur de deux avantages. Elles y prennent les eaux sulfureuses sous diverses formes, et à 5 kilomètres de là, à Viscos, elles peuvent boire sur place une eau ferrugineuse très efficace qui complète leur traitement.

La vertu antispasmodique des eaux de Saint-Sauveur se manifeste particulièrement dans les névralgies, quelle que soit leur origine, herpétique, rhumatismale, syphilitique ou autre. Les gens de cabinet qui ont abusé des travaux de l'encéphale voient se guérir ou s'amender considérablement à Saint-Sauveur les désordres qui ont été la conséquence de leurs excès intellectuels, et les médications diverses qui auparavant étaient sans effet chez eux peuvent très bien, au retour de ces eaux, achever la cure que celles-ci ont commencée ou préparée. Les gastralgies et les rhumatismes nerveux cèdent bien, d'ordinaire, après les premiers bains.

Dans un prochain travail l'auteur citera des observations à l'appui de tout ce qu'il vient d'avancer dans celui-ci. (*Mai* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi d'un nouveau moyen très simple et très efficace contre les fièvres intermittentes rebelles au sulfate de quinine; par le docteur Elie BELLENCONTRE, médecin à Pont-Audemer (Eure). — Ce nouveau moyen consiste dans le liniment suivant :

Pr. : Huile essentielle de térébenthine 125 grammes.
Laudanum de Rousseau 4 grammes.

M. pour être employé en frictions sur la colonne vertébrale, matin et soir, pendant l'apyrexie ; environ deux cuillerées chaque fois. Cette dose est d'ailleurs subordonnée à l'âge et à la constitution du sujet.

L'auteur, qui exerce la médecine dans un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, assure avoir guéri plus de trois cents fiévreux depuis bientôt trois ans avec cette nouvelle méthode.

Il est bon, dit-il, que l'une des frictions soit faite une ou deux heures avant le paroxysme, et que les frictions soient faites une ou deux fois encore après la disparition des accès, surtout lorsque la fièvre, antérieurement à cette médication, a résisté aux fébrifuges ordinaires.

Il fait observer que, quel que soit le type, intermittent, quotidien, tierce, quarte, si la fièvre ne disparaît pas toujours subitement sous l'influence de ce traitement, comme avec les sels de quinine, on voit toujours les symptômes diminuer d'intensité, de durée, s'éloigner, puis disparaître complètement. Une ou deux frictions suffisent souvent dans les fièvres

intermittentes dont l'invasion ne date que de quelques jours.

Ce médicament a rendu de grands services à l'auteur chez les enfants, dans les pleuro-pneumonies intermittentes. Il a également réussi dans quelques cas de fièvres rémittentes ; mais ces fièvres sont peu communes dans nos contrées septentrionales.

M. Bellencontre a fait connaître ce genre de traitement à plusieurs de ses confrères, et entre autres à M. Sciard, médecin à Conteville, bourg placé sur le bord de la mer et voisin d'un vaste marais où les fièvres intermittentes sévissent pendant au moins neuf mois de l'année. Ce médecin l'emploie journellement et avec des succès constants, et spécialement dans les cas où le sulfate de quinine a échoué.

L'auteur dit que les fièvres intermittentes récidivent moins une fois guéries par son liniment que lorsqu'elles ont été traitées par le sulfate de quinine.

M. Bellencontre cite les noms de quatre personnes qui, atteintes de fièvres intermittentes pendant des mois entiers presque sans interruption, et traitées au moyen d'un grand nombre de substances antifébriles, sans pouvoir obtenir plus qu'une guérison momentanée, ne sont complètement revenues à une santé durable que par l'application de sa méthode iatraleptique.

En définitive, ce moyen pourrait être utilisé, particulièrement dans la classe pauvre qui se refuse souvent à l'emploi du sulfate de quinine, à cause de son prix élevé. (*Mai* 1846.)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Mémoire sur une nouvelle amputation du pied pratiquée dans l'articulation calcanéo-astragalienne; par M. MALGAIGNE. — Nous croyons que l'idée première de la nouvelle opération pratiquée par M. Malgaigne appartient à un médecin qui faisait des cours à l'École pratique il y a une dizaine d'années, à M. de Lignerolles. Mais M. Malgaigne l'a le premier exécutée sur le vivant. Dans cette opération, il n'a conservé du pied que l'astragale, le calcanéum étant profondément altéré ; il lui a paru préférable de conserver le premier de ces os que de faire l'amputation tibio-tarsienne, d'après ce principe, qu'il faut faire table rase des lieux d'élection si chers à l'ancienne chirurgie, et conserver du squelette tout ce qu'il est possible de conserver.

On sait que l'astragale est uni au calcanéum par deux articulations : l'une postérieure est une arthrodie assez lâche, constituée par la grande facette articulaire du calcanéum. En avant, se trouve l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Des ligaments unissent entre elles les diverses facettes articulaires des deux os. Les deux facettes articulaires du calcanéum sont séparées l'une de l'autre par une gouttière qu'occupe un ligament interosseux très fort, lequel est, à proprement parler, la clef de l'articulation et constitue la plus grande difficulté de l'opération.

Dans l'article de M. Malgaigne il y a deux descriptions de l'opération, l'une qui s'applique au sujet même de l'observation, l'autre dans laquelle l'auteur donne le procédé qu'il préférerait aujourd'hui. Nous allons donner ce dernier tel qu'il le décrit lui-même.

Le malade couché sur le dos, un aide relevant la peau de la jambe, un autre comprimant l'artère au pli de l'aine, le chirurgien embrassant le pied de la main gauche porte horizontalement le tranchant du couteau sur le tendon d'Achille, et divise d'un seul coup la peau, le tendon et la graisse jusqu'aux os, en rasant le plus près possible la face supérieure du calcanéum, et en appuyant le tranchant un peu plus en dehors qu'en dedans. Il continue cette première incision en dehors du pied, passant à un centimètre au-dessous de la malléole péronière, et remontant presque aussitôt sur le dos du pied, de manière cependant à se tenir à 3 centimètres environ en avant de l'articulation médio-tarsienne. Il poursuit en divisant en travers à ce niveau les téguments du dos du pied, contourne le bord interne, et arrive sans changer de direction jusqu'à la moitié ou aux deux tiers de la largeur de la plante du pied. Reportant alors le couteau à l'extrémité interne de l'incision postérieure, en arrière de la malléole interne, il le fait descendre obliquement vers la plante du pied, sous un angle d'environ 45°, et rejoint l'autre incision en découpant ainsi un lambeau interne de 8 à 10 centimètres de largeur à sa base, de 4 à 6 près de son sommet, lequel doit se terminer en s'arrondissant comme la plupart des lambeaux de ce genre. Il faut alors détacher le lambeau d'abord à la plante du pied, en y comprenant toute l'épaisseur des chairs, et ne laissant sur les os que les tendons les plus profonds ; puis sur le côté et sur le dos du pied, jusqu'au niveau des articulations à détruire.

Le lambeau alors relevé par l'aide qui tient la jambe, le chirurgien s'assure, avec l'index et le pouce gauches, des limites latérales de l'articulation de Chopart, ouvre largement l'articulation scaphoïdo-astragalienne, en contournant la tête de l'astragale de manière à diviser du même coup le ligament calcanéo-astragalien externe et en dedans la synoviale de la petite facette du calcanéum. Il devra même encore, avant de passer outre, chercher à diviser le ligament interne et la synoviale postérieure, en s'aidant des points de repère que nous avons établis ; et, enfin, couper net les tendons qui sont appliqués sur la face interne du calcanéum, celui du fléchisseur commun des orteils, du fléchisseur propre du gros orteil, et au besoin celui du jambier antérieur.

Reste à détruire le ligament interosseux. Pour cela, le chirurgien porte à plat son couteau, le tranchant en arrière, dans la petite articulation antérieure du calcanéum, enfonçant la pointe en dehors autant qu'elle peut pénétrer, et, en suivant la direction de l'articulation, porte le tranchant en arrière en coupant tout ce qu'il rencontre. Aux premières fibres

divisées, le ligament interosseux laisse écarter les deux os, et le reste n'est plus qu'un jeu pour l'opérateur.

Les artères liées, on rabat le lambeau, qui est taillé de telle sorte que sa base recouvre en plein la tête de l'astragale et la malléole interne; sa plus grande épaisseur répond à la facette postérieure de l'astragale, dont il comble ainsi la concavité; son sommet rejoint les téguments extérieurs au-dessous de la malléole externe; et, en définitive, lorsqu'il est dûment appliqué, la ligne de réunion décrit un demi-cercle dont l'extrémité antérieure se trouve au-dessus et un peu en dehors de la tête de l'astragale, et l'autre extrémité tout-à-fait en arrière de la malléole interne.

Le sujet de l'observation de M. Malgaigne est une femme de 42 ans qu'il a opérée à l'hôpital Saint-Louis. La gangrène s'empara du lambeau, de sorte que la cicatrice eut besoin de se faire de toutes pièces. Néanmoins l'issue en fut satisfaisante.

Un des avantages de l'opération nouvellement pratiquée par M. Malgaigne, c'est qu'on peut adapter plus solidement une bottine à l'extrémité de la jambe constituée par l'astragale qu'on ne peut le faire après l'amputation tibio-tarsienne qui offre une surface d'appui presque moitié moindre.

La malade de M. Malgaigne marche avec assurance sur sa cicatrice. A plus forte raison le lambeau pris aux téguments du dos du pied eût suffi, s'il ne se fût gangréné. On évitera cet accident dans l'opération en rasant les os du pied de telle sorte que l'artère interosseuse se trouve comprise dans le lambeau. (*Avril* 1846.)

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE.

De l'affection farcino-morveuse chez l'homme; par le docteur A. MARCHANT, de Charenton, médecin-adjoint à l'École royale vétérinaire d'Alfort. — Dans deux articles précédents (1), l'auteur a décrit la morve aiguë, qui est une des formes de l'affection farcino-morveuse. La deuxième forme qu'il décrit dans celui-ci est celle que l'on observe le plus souvent, le *farcin*, qui après un temps plus ou moins long se termine presque toujours par la morve aiguë.

Le farcin est *simple* ou *grave*, selon qu'il se termine par la guérison ou par la mort. Le premier est désigné dans une thèse de M. Tardieu sous le nom d'*angioleucite farcineuse*. Le farcin grave s'observe beaucoup plus souvent; il se termine toujours par la morve aiguë.

On distingue dans le farcin, comme dans la morve, trois périodes : incubation, invasion, éruption. 1° Période d'incubation : exactement semblable à celle de la morve aiguë; en outre, lassitude, céphalalgie, inappétence. S'il y a eu inoculation à travers une plaie, cette dernière est douloureuse, tout en marchant vers la cicatrisation. Si la plaie est située aux doigts ou aux mains, il survient un panaris que le débridement ne guérit pas. L'incision se ferme, et la même chose a lieu dans les abcès des autres localités, par une fausse membrane grisâtre, résistante, semblable à du feutre gris, qui adhère aux lèvres de la plaie et empêche tout écoulement subséquent de pus; elle se forme dans l'espace de quelques heures et dans l'intervalle d'un pansement à l'autre. Cette fausse membrane, déjà mentionnée par les auteurs, se trouve quelquefois, chez les élèves de l'école d'Alfort, sur les parties dénudées, à la suite de piqûres anatomiques; on la retrouve encore dans les plaies atteintes de pourriture d'hôpital, dans les chancres vénériens.

En supposant toujours que l'inoculation ait eu lieu par la base du doigt, on voit l'inflammation s'étendre à la main en suivant la face dorsale : traînées de lymphatiques rouges à l'avant-bras, au coude et au bras; ganglions de l'aisselle douloureux. Une série de petits abcès se forment dans ce trajet, communiquant tous entre eux et se recouvrant d'une fausse membrane quand ils sont ouverts. Il se fait un temps d'arrêt dans les phénomènes locaux et dans les généraux; mais bientôt la fièvre revient, et des phlegmons se montrent sur divers points du corps avec les mêmes caractères que les précédents. Quelquefois cette tendance à la formation des abcès s'arrête, et les malades après avoir été longtemps faibles reviennent à la santé, mais bien lentement, si tant est même qu'ils y reviennent tou-tà-fait. C'est là le farcin simple, qui se termine par guérison.

Ce cas, avons-nous dit, est malheureusement fort rare. D'ordinaire, le malade, après avoir eu un plus ou moins grand nombre d'abcès, voit survenir des gangrènes qui s'étendent des doigts à la main; les ailes du nez se mortifient; ce sont des gangrènes profondes, bien différentes de celles de la morve qui sont superficielles; les malades, accablés, ne peuvent plus se mouvoir dans leur lit; leurs membres sont couverts d'abcès, les uns en voie de guérison, les autres suppurants ou prêts à être percés; leur corps est baigné d'une sueur froide et fétide; enfin, les pustules apparaissent et la morve aiguë se déclare. Le malade meurt après deux ou trois jours au plus.

Dès les premiers jours de la maladie, il y a une altération profonde des traits; les forces sont très abattues dès le premier moment.

Lorsque c'est après une infection que le farcin se déclare, on voit d'abord arriver les douleurs articulaires, la fièvre à type intermittent tierce, l'affaiblissement, et puis les abcès dans un point quelconque du corps, mais plutôt aux extrémités supérieures et inférieures qu'au tronc.

La morve et le farcin marchent souvent ensemble et se confondent : alors les abcès n'ont pas le temps de parcourir leurs périodes et les malades périssent de la morve aiguë avant leur entier développement. Cette forme a été appelée par les auteurs *morve farcineuse*. Elle

(1) Voy. les n°s de juillet, octob. et décemb. 1845.

est moins rapidement mortelle que la morve aiguë, mais beaucoup plus encore que le farcin.

M. Marchant résume ainsi les caractères du farcin : « Le farcin, dit-il, est un état morbide résultant de la transmission du virus farcino-morveux des solipèdes à l'homme, caractérisé principalement : 1° par des phénomènes locaux si la maladie est le résultat d'une inoculation locale; 2° par l'apparition d'un mouvement fébrile d'une grande intensité ; 3° par des abcès multiples et successifs, dégénérant le plus souvent en ulcères fistuleux et quelquefois susceptibles de cicatrisation; 4° par des angioleucites spécifiques; 5° par des gangrènes profondes, ayant principalement leur siége aux doigts, qui sont sphacélés, aux ailes du nez, etc.; 6° enfin par l'apparition de la morve aiguë, qui établit d'une manière définitive la nature de la maladie. »

Pour ne pas être trop longs, nous réservons, pour le prochain n° la fin de l'article de l'auteur, qui traite de l'anatomie pathologique du farcin. (*Février* 1846.)

LA CLINIQUE DE MARSEILLE.

De l'huile de foie des différentes espèces du genre gadus ; par M. de JONGH. Sous ce titre, *la Clinique de Marseille* du 16 avril publie un article intéressant dont nous extrayons les passages suivants :

On distingue, comme chacun sait, trois variétés d'huile de foie de morue : l'huile de foie blanche qui se sépare la première, et spontanément, des foies entassés dans les cuves; l'huile brune qui se sépare plus tard, et l'huile noire qui vient surnager l'eau avec laquelle on a fait bouillir les foies qui ont déjà fourni l'huile blanche et brune.

M. de Jongh a analysé ces trois huiles qu'il avait reçues directement de Bergen.

Sans donner ici les résultats complets de ses trois analyses, nous dirons qu'il a rencontré dans les huiles de foie la présence des acides oléique, margarique, butyrique, acétique, fellinique et chollinique, de l'iode, du chlore, du brôme, du phosphore, de la chaux, de la soude, de la magnésie, etc., etc.

L'huile de foie noire renfermait en outre une trace d'oxyde ferrique. Sa couleur est due à une matière qui existe également dans les trois huiles, mais qui est jaune d'abord et prend une teinte brune de plus en plus foncée sous l'influence de l'air.

Il a donné à cette matière le nom de *gaduine*.

En examinant la liste des nombreux produits que M. de Jongh a retirés des huiles de foie, on voit qu'indépendamment de la *gaduine*, des corps gras, des matériaux de la bile dont elles sont en grande partie formées, et de l'*iode* que l'analyse y a signalé depuis longtemps, elles contiennent du *chlore*, du *brôme* et du *phosphore*. La présence de ces trois corps, doués de propriétés si énergiques, offre de nouveaux moyens d'expliquer l'influence toute spéciale de ces huiles sur certaines maladies, influence que l'on avait jusqu'ici attribuée à l'*iode*, et qui ne doit pas lui appartenir exclusivement.

La découverte du *phosphore* est un fait de la plus haute importance ; ce puissant excitant a, sans doute, une grande part dans les propriétés des huiles de foie, dont la petite proportion d'*iode* qu'on y avait observée jusqu'ici ne rendait pas un compte satisfaisant.

C'est au *phosphore*, selon toute vraisemblance, que l'on doit surtout rapporter l'action merveilleuse de ces huiles dans les cas de *rachitisme*, où, d'après la judicieuse remarque de M. Gobley, leur efficacité ne semblait pouvoir être expliquée qu'autant que le *phosphore* aurait été reconnu au nombre de leurs éléments.

Le travail de M. de Jongh vient encore nous éclairer sur la valeur relative des huiles de foie noire, brune et blanche. Il résulte de ses expériences que le *phosphore*, le *brôme*, le *chlore* et l'*iode* se trouvent en quantité beaucoup plus considérable dans l'huile blanche, et surtout dans l'huile brune, que dans l'huile noire, et qu'il existe une certaine relation de proportion entre ces différents corps, de telle sorte que l'huile qui contient le plus d'*iode*, par exemple, est aussi celle qui contient le plus de *chlore* et de *brôme*; quant au *phosphore*, l'huile blanche en est beaucoup plus chargée que les autres.

Un autre point également digne d'intérêt, c'est que la quantité d'*iode* signalée par M. de Jongh dans les huiles de foie représente une proportion d'*iodure de potassium* de beaucoup supérieure à celle que MM. Girardin et Preisser ont trouvée dans l'huile de foie de morue, et à celle que l'huile de raie a fournie à M. Gobley.

Revue des journaux allemands.

NEUE MEDICINISCHE CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Des feuilles de sabine et de l'ergot de seigle contre les blennorrhagies chroniques; par le docteur DUPUIS.—Les feuilles de sabine sont particulièrement efficaces dans les blennorrhagies atoniques qui s'accompagnent d'une sensation de froid dans les parties génitales, de flaccidité du scrotum, du défaut d'érection, d'un écoulement de matière jaune-blanchâtre se faisant sans douleur, d'une odeur spécifique, et ayant le plus souvent succédé à une blennorrhagie violente qui a résisté à un traitement antiphlogistique énergique. L'auteur donne ce médicament en poudre, dans du vin rouge, depuis la dose d'un demi-gramme jusqu'à quatre toutes les trois heures. Il fait en outre baigner trois ou quatre fois par jour les parties génitales dans de l'eau froide; dans l'intervalle il les fait recouvrir de compresses trempées dans l'eau glacée et met le malade à un régime fortifiant. La guérison s'opère

dans l'espace de huit à dix jours, encore bien même que l'écoulement date de plusieurs mois. Pour consolider la guérison, M. Dupuis fait boire au malade, pendant six ou huit jours consécutifs, une demi-bouteille d'eau de Wildung.

L'ergot de seigle trouve au contraire son indication dans les blennorrhagies chroniques avec éréthisme, érections douloureuses, dysurie, écoulement comme séreux, peu abondant, souvent interrompu, quand les parties génitales sont plus chaudes qu'à l'ordinaire, avec rétraction du scrotum, quand il y a des pollutions nocturnes et un peu de fièvre le soir. Dans ces cas, l'ergot de seigle est le sédatif par excellence; on peut le donner à doses croissantes, de 1 à 4 grammes toutes les trois ou quatre heures. Entre chaque dose le malade prend une tasse de lait et porte sur les parties génitales des sachets aromatiques camphrés; le régime doit être adoucissant. La guérison s'opère souvent dans l'espace de six à sept jours.

De la lobélie enflée contre l'asthme; par le docteur TOTT, à Ribnitz.—L'auteur ne recommande ce moyen qu'à titre de palliatif. Il en a fait usage pour la première fois chez un cordonnier atteint d'asthme pituiteux depuis longtemps rebelle aux moyens les plus variés, tels que vésicatoires, asa-fœtida, belladone, etc. Il lui prescrivit la teinture de lobélie, d'abord à la dose de 20 gouttes, plus tard à celle de 40 et même de 50 à prendre toutes les deux heures dans une cuillerée de décoction de guimauve. Depuis lors le malade n'a eu qu'un accès en deux ans, tandis qu'auparavant il en avait un tous les quinze jours.

Un autre cas rapporté par M. Tott est celui d'un matelot qui, depuis trois ans, était sujet à des accès d'asthme convulsif, qui ont fini par devenir quotidiens. Tous les moyens étant restés sans effet, l'auteur lui prescrivit de la poudre de lobélie à prendre par paquets. Ce médicament ne produisit rien sous cette forme. Il a mieux réussi sous forme de teinture, prise à dose de 30 gouttes toutes les demi-heures dans une tasse d'infusion de camomille. Les accès se sont d'abord calmés et n'ont plus ensuite reparu depuis dix-huit mois.

JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

De la toux nocturne des enfants; par le docteur BRANISS. — Nous avons rendu compte dans notre numéro de mai dernier d'un article sur le même sujet, publié par le docteur Behrend. Le docteur Braniss admet, comme ce dernier, l'existence d'une toux nocturne chez les enfants; mais il lui refuse le caractère de la périodicité dans les accès. Il regarde cette affection comme un catarrhe ordinaire qui n'est pas assez violent pour empêcher les enfants de s'endormir le soir; comme ils sont couchés sur le dos, le mucus venant à s'accumuler dans les bronches finit par les obstruer, gêner la respiration et les réveiller en sursaut. M. Braniss observe, d'un autre côté, que, pour voir là-dedans un accès périodique, il faudrait qu'il y eût d'ailleurs santé parfaite dans l'intervalle des accès. Or, c'est ce qui n'était pas chez les enfants qu'il a eu occasion d'observer. Tous avaient un air de souffrance; plusieurs avaient du coryza, principalement ceux que l'on retenait pendant la journée dans des appartements chauds. Ceux, au contraire, que l'on promenait au grand air évitaient le coryza; mais ils gardaient plus longtemps la toux nocturne. (*Janvier* 1846.)

ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Action thérapeutique du magnétisme minéral; par le docteur MICKWITZ, de Saint-Pétersbourg. — OBS. Ire. Mademoiselle de G... s'était refroidie pendant une de ses époques menstruelles qui jusqu'alors avaient été régulières. Elle fut prise de fièvre et de rhumatisme à la hanche et à la partie postérieure de la cuisse du côté gauche. Ses règles ne reparurent plus et furent remplacées par des efforts inutiles dus au molimen menorrhagicum, tels que des symptômes d'hystérie, des dyspepsies, de la constipation; accidents revenant d'ailleurs à des époques régulières. Les douleurs aiguës qu'elle éprouvait continuellement ne purent être complètement dissipées, et au bout de trois ans de traitement la malade se trouva réduite à garder presque continuellement le lit, pouvant à peine, dans l'intervalle des rémissions, faire quelques pas à l'aide de béquilles. Ce fut inutilement aussi qu'on lui fit passer dix mois dans un climat chaud.

M. Mickwitz, consulté pour ce cas considéré presque comme désespéré, plaça deux pôles magnétiques sur la région pubienne, le pôle sud dirigé vers la ligne blanche, le pôle nord vers la sortie du nerf crural. Trois plaques furent aussi appliquées sur la cuisse, l'une au-dessus de l'autre, de telle sorte que le pôle sud était toujours en haut, et que celui de la première plaque correspondait au point d'émergence de la douleur à la hanche; le pôle nord de la troisième répondait au creux du jarret. On plaça sur le mollet gauche un aimant en fer à cheval.

Au bout de peu de jours la réaction locale se manifesta par de la démangeaison, un sentiment de brûlure; en même temps la douleur diminua et les mouvements devinrent plus libres.

Dix jours après l'application de ces aimants, la menstruation reparut, mais sans être précédée d'accidents. Elle dura cinq jours. Peu à peu les douleurs disparurent ainsi que la dyspepsie; les mouvements se rétablirent et les forces revinrent au point qu'au bout de cinq semaines la malade put faire une longue promenade. La guérison fut complète au bout de neuf semaines de l'application des plaques magnétiques, et alors on les retira. Depuis quatorze mois cette guérison ne s'est pas démentie.

Obs. II. M. de B... a fait une chute sur les reins, il y a quatorze ans. Depuis cette époque, il a éprouvé des douleurs partant de la région sacrée et s'étendant le long de la région postérieure des cuisses jusqu'aux mollet. La marche, pendant le paroxysme des douleurs, était très pénible, quelquefois même impossible. L'état général a néanmoins été longtemps assez satisfaisant, sauf ces dernières années qu'il s'est manifesté une grande faiblesse dans les jambes, surtout dans la gauche. On eut longtemps recours à de nombreux agents thérapeutiques, tels que les sangsues, les vésicatoires, les bains, la noix vomique, l'électricité; mais sans succès durable. M. Mickwitz eut alors recours au magnétisme minéral, qui lui parut d'autant mieux indiqué que les douleurs étaient périodiques et qu'il n'y avait aucun symptôme du côté de la moelle épinière. Il appliqua donc au malade deux aimants en fer à cheval sur les mollets, deux plaques à la partie inférieure et postérieure des cuisses, une plus grande sur le sacrum, et le renvoya ainsi armé à Moscou, lieu de sa résidence. Au bout de six semaines, une lettre de ce malade annonçait que la faiblesse et les douleurs avaient disparu. Dix-huit mois se sont passés depuis lors sans que le malade ait renvoyé de ses nouvelles.

Revue des journaux italiens.

RACCOGLITORE MEDICO.

Remède contre l'hydrophobie.—Il est depuis quelque temps fait grand bruit en Italie d'un nouveau remède contre la rage, qui est actuellement en voie d'expérimentation à l'École de médecine vétérinaire de Lyon. Voici quelle en est la composition et la préparation:

Pr. Asclepias vincetoxicum 6 drachmes (25 gram.)

Écorce de sorbier (cratægna terminalis) prise sur les branches les plus jeunes. 2 drachmes (8 gram.)

Et la partie la plus intérieure ou le cœur de jeunes gousses d'ail.

On met le tout dans un vase avec une pinte d'eau et on laisse macérer pendant douze heures; puis on fixe le couvercle et on place le vase devant le feu. Après la première ébullition, on modère le feu; on veille à ce que le mélange ne bouille pas et à ce que la vapeur ne soulève pas le couvercle. Une foi retirée du feu, la décoction est transvasée encore chaude et doit être prise tiède par le malade. Elle ne peut servir que pour un jour. On en doit préparer chaque jour une nouvelle.

La dose est de cinq cuillerées à bouche pour un adulte; pour les enfants elle est d'une cuillerée à trois et demie au plus. Ordinairement ce remède ne se prend qu'une fois par jour, le matin à jeun. On doit alors commencer à le préparer la veille, de cinq à six heures du soir; les substances infusent à froid pendant douze heures et sont soumises à la coction pendant plus d'une heure. Kowath, l'inventeur de cette recette, donne le remède matin et soir à ceux qui le désirent; la dose du soir est alors d'une cuillerée moindre; mais il croit qu'une dose par jour suffit. Il n'est pas très aisé de comprendre d'après quel principe Kowath fixe le jour auquel on doit commencer à prendre le breuvage; aussi nous citerons son raisonnement plutôt que son précepte général qui n'est pas très clair. « Si par exemple, dit-il, mon chien a été mordu par un animal enragé, le septième jour après que la rage s'est manifestée (chez ce dernier), et s'il me mord aujourd'hui, je devrai prendre le remède d'aujourd'hui à sept jours. » Si, au contraire, comme c'est le plus ordinaire, on ne sait pas depuis combien de jours la rage s'est développée chez l'animal qui a fait la morsure, l'auteur administre le breuvage à dater du neuvième jour de cette dernière.

Cependant si la personne mordue s'inquiète de ce retard (et nous avouons que nous serions de ce nombre), Kowath conseille de l'administrer dès le troisième jour et de répéter la dose pendant six jours. Pour lui, il assure, d'après une expérience de plusieurs années, qu'il n'est nullement nécessaire de prendre le remède avant qu'il se soit manifesté des symptômes indiquant que la rage est imminente, et qu'en commençant seulement alors à le prendre, on obtient un effet beaucoup plus sûr; aussi l'administre-t-il presque toujours de cette manière. Ce breuvage n'occasionne qu'un peu de malaise; il produit quelquefois aussi des vomissements chez les enfants.

Kowath fait peu d'attention à la plaie. Il considère comme chose utile, mais non nécessaire, de la maintenir en suppuration ou de la cautériser. La plaie était déjà réunie chez la plupart des personnes qui ont guéri (1). (*N° du* 23 *mars* 1846.)

IL FILIATRE SEBEZIO.

De l'extirpation de la tumeur glandulaire squirrheuse comme le seul moyen efficace de prévenir le cancer; de la destruction du point cutané squirrheux au mogen de la poudre arsenicale pour prévenir également avec certitude les plaies cancéreuses; guérison facile des plaies cancéreuses à l'aide de cette même pou-

(1) Le journal italien dit que le secret de cette recette a été acheté par le gouvernement (sans désigner lequel; mais ce doit être le gouvernement autrichien). Le même journal fait observer que la recette de Kowath a quelques rapports avec un moyen que nous indiquions dans notre n° d'octobre 1842 comme ayant réussi en Espagne. Dans cet article nous disions que l'ail faisait partie du remède de Kowath, qui alors était encore un secret. Il paraît que sa recette aurait eu du succès à Lyon, au moins contre des chiens enragés.

(N. D. R.)

dre; dissertation de M. Domenico SALSANO, de Cava, docteur en philosophie, en médecine et en chirurgie, etc., etc. — Il serait bien à désirer que les choses se fissent aussi facilement que l'auteur l'indique en tête de sa dissertation. Les anciens, dit-il, ne distinguaient nullement le squirrhe du cancer, tandis qu'il est bien démontré aujourd'hui que ces deux productions pathologiques diffèrent entre elles, et qu'en détruisant le squirrhe on évite le cancer. Nous voudrions aussi que les pathologistes modernes pussent, comme le prétend encore l'auteur, établir la distinction du squirrhe simple et du cancer squirrheux sur le vivant comme ils le font dans leurs livres. Les micrographes ont voulu venir à leur secours; mais ils n'ont guère fait qu'embrouiller la question et s'y embrouiller eux-mêmes au point de prendre quelquefois pour de la matière non cancéreuse de la matière de cancer récidivé.

Notre attention n'est pas, du reste, d'aller à l'encontre des quarante-neuf cas de guérison complète de tumeurs squirrheuses du sein par l'ablation que M. Salsano compte dans sa pratique. L'opinion qu'il émet, qu'il faut procéder de suite à l'opération sans perdre son temps avec les résolutifs et les dépuratifs, compte d'ailleurs de nombreux partisans.

Une expérience longue et variée lui a appris qu'on peut détruire sans retour, à l'aide de la poudre arsenicale, tout endurcissement squirrheux d'un point quelconque de la peau, menaçant de dégénérer en cancer, pourvu qu'il soit de peu d'étendue. Il en est de même des plaies (l'auteur désigne sans doute par cette expression ce que nous appelons ulcères) de nature scrofuleuse, vénérienne ou herpétique, lorsquelles deviennent calleuses et menacent de dégénérer. Il faut bien avoir soin de détruire toute la partie malade, autrement l'ulcère se reproduirait et exigerait une nouvelle cautérisation. L'auteur a eu l'occasion d'essayer ce traitement sur lui-même. En 1837, il se développa chez lui une plaie cancéreuse au côté droit et sur le dos du nez. Par l'application de la poudre arsenicale et l'administration plusieurs fois répétée du spécifique d'Helmand, il obtint une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis cette époque (*février* 1846).

Revue des journaux américains et anglais.

NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE.

Plaie par arme à feu de la face et du cou; hémorrhagies secondaires; ligature des deux carotides suivie de succès; par le docteur ELIS. —La ligature d'une seule des artères carotides primitives a été pratiquée tant de fois avec succès que c'est un fait auquel on ne s'arrête plus guère aujourd'hui; les cas d'insuccès ont paru le plus souvent dûs plutôt au fait du traumatisme résultant de l'opération qu'à celui de la ligature elle-même. Mais il faut bien quelque hardiesse pour lier les deux carotides et espérer que les artères vertébrales suffiront de prime abord à entretenir la circulation encéphalique. C'est pourtant ce qui est arrivé dans la circonstance suivante:

OBS.—Un homme de 21 ans reçut, près du centre de l'omoplate gauche, une balle qui en sortit, après avoir fait une plaie de 6 à 7 centimètres, pour aller se jeter dans la partie moyenne du cou, au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Elle traversa la base de la langue, et, après avoir brisé quelques dents, elle sortit par la lèvre supérieure à laquelle elle fit une plaie déchirée. M. Elis, arrivé près du malade au bout de quelques heures, se borna à réunir les bords de la plaie avec quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives; il fit sur les autres plaies un pansement simple à l'eau froide. Comme la déglutition était impossible, même pour les liquides, M. Elis, au bout de trois jours, alimenta son malade au moyen de la sonde œsophagienne. Le lendemain, ou quatrième jour, la déglutition commença à pouvoir s'opérer sur les liquides et graduellement ensuite sur les solides. Mais le septième et le huitième jour il survint par la plaie de la langue des hémorrhagies graves que la compression, fort douloureuse d'ailleurs, ne put arrêter. M. Elis fit alors la ligature de l'artère carotide gauche au-dessus du passage du muscle omoplat-hyoïdien, ce qui fut d'une difficulté très grande à cause du gonflement des parties et de la nécessité de continuer la compression pendant l'opération. Aucun accident ne se manifesta après l'opération; le malade éprouva seulement un sentiment de froid dans tout le côté de la tête et des battements derrière le sternum. Mais le onzième jour l'hémorrhagie reparut, alors que de faibles battements commençaient à reparaître dans l'artère temporale gauche; la compression de la plaie l'arrêta quelque temps seulement, car le malade ne put bientôt plus la supporter ni sur les orifices de la plaie ni sur la carotide droite. M. Elis se décida encore à lier cette dernière, ce qui fut exécuté quatre jours et demi après la ligature de la carotide gauche. L'opération, cette fois, ne présenta aucune difficulté; le malade la subit étant assis, sans éprouver de syncope. Aussitôt qu'elle fut terminée, l'hémorrhagie fut instantanément arrêtée; les artères temporales cessèrent de battre, et la face pâlit. Au bout de vingt-quatre heures, le malade fut pris de quelques accidents thoraciques, tels que toux, dyspnée, douleur et sentiment de pesanteur dans la poitrine; pouls à 120. Ces accidents cédèrent à une saignée du bras, à une application de ventouses, à l'emploi de la belladone et de l'aconit. Les plaies se réunirent par seconde intention. La ligature de la carotide gauche tomba au bout de 17 jours, celle de la droite au bout de 14. Aujourd'hui cet homme se porte bien et peut vaquer à ses affaires. Il n'y a

pas de battements dans les artères temporales. (*Septembre* 1845.)

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Emploi du tabac contre le prurigo.—Le docteur FRENCH se sert avec succès, depuis deux ans, de lotions sur la peau avec une infusion de tabac pour calmer les démangeaisons les plus vives. On en fait infuser quatre grammes dans une demi-pinte d'eau bouillante. Ces lotions ont calmé des prurits rebelles aux lotions faites avec de l'acide prussique étendu d'eau.

Traitement du prurit de la vulve.—M. MEIGS s'est toujours bien trouvé de conseiller la formule suivante :

Prenez borate de soude. . . 16 grammes
Sulfate de morphine. . . . 30 centigr.
Eau distillée de roses. . . . 250 grammes
M.

La malade doit commencer par se laver les parties affectées avec de l'eau de savon tiède. Après les avoir essuyées soigneusement, elle se lotionne avec une éponge ou un linge imbibé dans la mixture ci-dessus. Cette application se répète trois fois par jour. C'est particulièrement chez les femmes enceintes que M. Meigs a eu occasion d'employer cette formule qui lui a toujours suffi.

Revue des journaux espagnols.

BOLETIN DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA (1).

Iritis rhumatismale, terminée heureusement à l'aide de la belladone; par D. S. ESCOLAR. — OBS. José de Mazas, constitution robuste, tempérament sanguin, idiosyncrasie gastro-hépatique, âgé de 25 ans, a éprouvé beaucoup de vicissitudes, plusieurs maladies, et a fait des excès dans le manger. Guéri depuis trois jours d'une fièvre intermittente, il fut mouillé par une forte averse. Cette nuit même le malade fut saisi de violentes douleurs intra et péri-orbitaires ; la conjonctive et les paupières s'enflammèrent, et la vision se troubla. Le chirurgien de son village lui ordonna des lotions avec une solution d'extrait d'opium, qui calmèrent un peu les douleurs. De fortes douleurs rhumatismales se déclarèrent, et il se rendit à l'Hôpital-Général de Madrid le 8 juin 1845.

Voici les symptômes qu'il présenta : céphalalgie sus-orbitaire très intense, douleurs occupant le rebord de l'orbite qui s'exaspèrent l'après-midi et la nuit, conjonctive des deux yeux injectée, injection fine de la sclérotique formant comme un anneau autour de la cornée, paupières fermées spasmodiquement, forte photophobie; l'œil fuyant sous la paupière supérieure ne permet pas d'examiner les pupilles; vives douleurs dans les grandes articulations, langue saburrale, pouls petit et à 96 pulsations : diète, tisane émolliente, fomentations émollientes sur les yeux, pédiluves stimulants. — Le 14, on prescrit des frictions sur les articulations avec la teinture de cantharides camphrée, une émulsion anodine, et pour les yeux une solution d'un décigramme de sulfate de zinc dans 120 grammes d'eau de roses. — Le 28, un peu de soulagement pour la première fois : tisane laxative qui amène d'abondantes évacuations alvines. — Le 29, l'injection de la conjonctive a disparu presque complètement, la couronne vasculaire persiste, la photophobie a diminué; on peut examiner les pupilles qui sont très contractées, d'une forme irrégulière plus marquée à droite qu'à gauche, le fond en est d'une couleur mate, les iris un peu verts : la vision est presque nulle, les douleurs articulaires sont moins violentes. On suspend le collyre astringent, et on a recours aux émollients et aux antiphlogistiques. — Le 11 juillet, on avait pratiqué deux saignées, posé un vésicatoire à la nuque, donné la valériane, les fleurs d'arnica, la décoction de Fuller, le tout avec succès.

On met le malade à l'eau commune pour boisson, on ordonne des fomentations avec une solution de 4 grammes d'extrait alcoolique de belladone dans 250 grammes d'eau distillée, et à l'intérieur 5 décigrammes de poudre de racine de belladone en trois doses, le matin, l'après-midi et le soir. — Le 12, la contraction des pupilles a diminué, elles tendent à reprendre leur forme arrondie; le malade distingue les objets à la distance de deux mètres. Même prescription, en portant la poudre jusqu'à 4 décigrammes par dose. On fait aussi des onctions autour des yeux avec une pommade dans laquelle il entre 8 grammes de l'extrait de la plante de la belladone pour 30 grammes d'axonge. — Le 13, les pupilles avaient un diamètre de 3 millimètres; sous l'action de la lumière du soleil et d'une bougie elles se contractaient à 2 millimètres, dans l'obscurité elles allaient à 4 millimètres; plus de photophobie. — Le 14, le malade pouvait compter les numéros des lits qui étaient en face du sien, à la distance de 6 mètres. — Le 17, les pupilles sont à l'état normal ; il n'y a pas d'altération dans les capsules cristalloïdes. — Le 20, il lit une écriture manuscrite sans aucune peine. — Le 25, il distingue de l'infirmerie les colonnes de l'observatoire de Madrid, situé à deux portées de fusil; il en compte les fenêtres et en dépeint les formes. — Le lendemain, il se mettait en chemin pour se rendre dans son pays.

(*La Clinique de Montpellier*, avril 1846.)

(1) Ce journal date de 1834.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mai 1846.

Présidence de M. ROCHE.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. MARTIN, l'un de ses membres.

— L'Académie procède au scrutin pour la suite de l'élection des membres correspondants étrangers. Voici les noms des candidats qui ont obtenu la majorité des suffrages :

M. Cloquet, en Perse, 70 suffrages; M. Bouros, à Athènes, 66; M. Chossat, à Genève, 63; M. Gaëtani-Bey, au Caire, 62; M. Lessona, médecin-vétérinaire, à Turin, 61; M. Doubowitzki, à Saint-Pétersbourg, 58; M. Verheyen, médecin-vétérinaire, à Bruxelles, 57; M. Hyrthl, à Vienne, 54; M. Guislain, à Gand, 52; M. Bussemaker, à Amsterdam, 50; M. Gonpilleau, à Tampico, 49; M. Jacobi, à Bonn, 49; M. Thorsteinsson, à Reikiawick (Islande), 48; M. Giacomini, à Padoue, 48; M. Ehrenberg, à Berlin, 47; M. Bright, à Londres, 47; M. Ekstroëmer, à Stockholm, 46.

Il reste encore huit membres à élire.

— M. Lestiboudois, correspondant de l'Académie et membre de la Chambre des députés, est présent à la séance.

Discussion du rapport sur la peste et les quarantaines.

M. DUBOIS (d'Amiens), premier orateur inscrit, a la parole. On se rappelle qu'il est membre de la commission. L'honorable académicien a attaqué vivement les conclusions du rapport. Il rappelle à la commission qu'après avoir fait remonter ses recherches au delà d'un siècle, elle n'a trouvé, en fin de compte, que *quatre* observations en faveur de l'opinion qui veut que la peste soit contagieuse en dehors des foyers épidémiques. L'une de ces observations manque de détails, tandis que les trois autres portent sur des sujets ayant eu des symptômes équivoques.

M. Dubois s'en prend aussi à la ville de Marseille qu'il s'est donné la peine de visiter et dont il a trouvé le peuple élevé dans la crainte de Dieu, de la peste et de la fièvre jaune. L'orateur se plaint particulièrement de l'infection de son port, qui lui semble suffire seule pour produire les épidémies les plus graves. A l'entendre, on croirait presque que la célèbre peste de 1720 n'était due qu'à cette cause. En résumé, il pense que l'opinion contagioniste à Marseille ne repose sur aucun fait authentique.

M. Dubois n'admet pas de différence entre la contagion et l'infection : pour lui, toute maladie qui se transmet est contagieuse. Du reste, il rejette tout, contagion ou infection, l'influence du contact aussi bien que celle de l'air, la transmissibilité ne lui paraissant nullement prouvée par le rapport de la commission.

Mais c'est surtout le défaut de logique que M. Dubois reproche au rapport. Il ne veut pas que celui-ci se borne à démontrer l'insalubrité profonde de l'Égypte, la misère affreuse de ses habitants et l'efficacité de ces causes dans la production de la peste; il voudrait que le rapport allât jusqu'à frapper de réprobation les coupables chefs de ces malheureuses populations, les Turcs, leur pacha en tête.

On croirait d'après cela que M. Dubois va conclure au renversement de l'institution sanitaire actuelle, à la destruction des lazarets. Pas du tout, l'orateur n'a rien conclu, et il veut qu'à son exemple on ne conclue rien. Il se borne à former des souhaits pour qu'un nouveau Chervin naisse des cendres de l'ancien et fasse pour la peste ce que celui-ci a fait pour la fièvre jaune, qu'il donne des documents aussi décisifs. C'était, répète-t-il, le vœu de Chervin lui-même à ses derniers moments. *Exoriare aliquis nostris ex ossibus...* Alors et seulement alors, dit l'orateur en terminant, nous pourrons demander l'abolition complète de ce système.

M. ROCHOUX commence la lecture d'un discours dont la suite, vu l'heure avancée, est remise à la séance suivante.

Séance du 26 mai.

Discussion sur la peste et les quarantaines (suite). — Dans cette séance, l'Académie a entendu la fin du discours de M. Rochoux et celui de M. Castel.

M. ROCHOUX déclare que la contagion de la peste a depuis longtemps été mise au-dessus de toute contestation. Il se borne donc presque entièrement à discuter les doctrines de la commission et les applications qu'elle croit devoir en faire.

Si M. Rochoux admet la contagion, il n'admet pas la longue enfilade de pratiques absurdes, inhumaines et quelquefois atroces auxquelles ce principe a conduit, jusque dans ces derniers temps. Ainsi on a brûlé des villages entiers atteints de la peste, on a brûlé de prétendus oncteurs, accusés de frotter les rampes des escaliers avec des emplâtres chargés de pus de bubons pestilentiels; le fils a dû dénoncer son père pestiféré; il était défendu sous peine de mort de porter secours à des naufragés, partis de lieux mis à l'index de l'intendance sanitaire, avant d'y avoir été autorisé par elle. En 1831, on a vu un bâtiment, repoussé à coups de canon comme suspect d'avoir le choléra, courir la chance de périr corps et biens en vue du port où la tempête le forçait à chercher un refuge. Il n'était pas aussi aisé de prendre des précautions contre les rats que contre les hommes; aussi des auteurs ont-ils signalé les dangers que font courir ces animaux en passant sans plus de façon d'un bâtiment contagié sur un bâtiment salubre. M. Rochoux nous présente l'intendance de Marseille effrayée par avance des améliorations que le gouvernement s'apprête à intro-

duire dans notre système sanitaire, se mettant en pleine révolte contre tout projet de réforme, bien assurée d'avoir en cela l'appui du public marseillais.

M. Rochoux voudrait qu'un système sanitaire fût basé sur l'étude approfondie des deux ordres de causes morbifères, la contagion et l'infection, et là-dessus il se livre lui-même à l'appréciation de l'influence de ces deux causes. Pour M. Rochoux il y a contagion quand une maladie se transmet, n'importe comment, de malade à sain. Pour ce qui regarde la peste, en particulier, M. Rochoux pense, avec les médecins les plus éclairés des temps anciens, que le germe délétère auquel elle doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux, ce qui rend le contact des pestiférés à peu près sans danger alors que la respiration des miasmes sortant de leurs corps exerce la plus fâcheuse influence, ainsi que Napoléon en fait la remarque au sujet de la peste de Jaffa.

Quant à l'infection, le mélange avec l'air d'émanations miasmatiques, inaccessibles aux réactifs, constitue le seul genre d'infection dont nous ayons à nous occuper. Ce n'est pas par l'état aériforme que l'infection se distingue de la contagion, puisque le virus de la variole, celui de la morve, sont susceptibles de le revêtir; mais parce que dans un cas l'air contient un principe toxique, et dans l'autre un principe virulent. Il n'est pas alors seulement infecté, il est contagié.

Arrivé à clore l'examen des doctrines du rapport de la commission, selon lui riche en faits judicieusement discutés et, à l'exception de deux ou trois, n'ayant rien à craindre de la controverse, M. Rochoux pose comme conséquence irrécusable de leur saine interprétation la proposition suivante : « Née de l'infection et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus ; devient comme eux susceptible d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et par diverses autres circonstances à elle étrangères ; et, comme eux, perd promptement la propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée. »

Des principes passant à l'application, M. Rochoux veut qu'on supprime les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines et mêmes les purges. Aussi trouve-t-il beaucoup trop timide la commission qui ne lui accorde que la moitié de sa demande. C'est à tort, selon lui, que la commission attribue à l'adoption des mesures sanitaires en usage parmi nous l'avantage qu'a depuis dix ans la Turquie d'être à l'abri de la peste. Mieux renseignée, dit-il, la commission aurait su qu'en Turquie, notre système sanitaire n'a jamais existé que de nom. M. Rochoux tient le fait de Bulard lui-même, chargé par le sultan de l'organiser dans ses États. « Jamais, m'a-t-il dit, je n'ai pu faire comprendre à mes subordonnés la nécessité d'observer les pratiques de nos lazarets ; jamais je n'ai pu les y dresser. » Et on le croira facilement si l'on se rappelle qu'à sa rentrée en France, M. Pariset a oublié de désinfecter ses cahiers de visites et s'est conduit comme un Turc (hilarité générale). Mais la commission est parfaitement fondée à conseiller l'évacuation prompte des lieux atteints de la peste et à exiger rigoureusement la mise en pratique de tous les moyens hygiéniques propres à assurer le succès de cette importante mesure.

M. Rochoux reproche aussi à la commission de maintenir les quarantaines et les lazarets. Si le meilleur moyen d'arrêter la peste et les autres typhus est avant tout la dispersion des malades, il s'ensuit qu'en concentrant les malades dans les lazarets on tourne le dos au but. Or, s'il est vrai que qui peut le plus peut le moins, doit-on douter que le remède capable de dompter une maladie au fort de son développement ne soit le plus propre à l'empêcher de naître ?

M. Rochoux cite l'exemple de l'Angleterre qui depuis 1824 admet à la libre pratique tout bâtiment qui, parti depuis huit ou dix jours d'un lieu où règne la peste, n'a pas eu de malade pendant la traversée. Aussi les hauts fonctionnaires du gouvernement français prennent-ils la voie d'Angleterre pour venir en France.

C'est dans l'Égypte qu'il faudrait éteindre le foyer de la peste. C'est à nous d'user de toute notre influence auprès du gouvernement du pacha pour hâter l'assainissement de cette malheureuse contrée.

M. Rochoux se borne à voter contre les conclusions du rapport, d'abord parce qu'elles sont trop loin du but où il tend (M. Rochoux), et ensuite, bien plus encore, parce qu'elles sont en opposition avec les conséquences légitimes des faits sur lesquels elles auraient dû s'appuyer. Il est donc disposé à se rattacher à tout amendement moins éloigné de ce qui, à son sens, aurait dû être opposé à la commission.

M. Castel est d'avis que le rapport de la commission mérite plutôt la reconnaissance de l'Académie que son approbation. Ses honorables auteurs ont préféré, selon lui, le *modus faciendi* des historiographes au *modus faciendi* des médecins.

M. Castel reproche, entre autres choses, à la commission d'avoir constamment subordonné le génie contagieux au génie épidémique, comme si la peste sporadique n'était pas contagieuse. Sans doute cette dernière l'est moins, mais encore l'est-elle à un certain degré. En résumé, dit-il, la commission, en séparant la peste sporadique de la peste épidémique sous le rapport de la contagion, a prouvé qu'elle manquait de notions claires sur le principe de la contagion et sur les conditions auxquelles elle est soumise. Le règne épidémique d'une épidémie doit s'entendre du nombre de personnes qu'elle attaque, non de sa transmission. Le caractère contagieux et le caractère épidémique ne sont que des épiphé-

nomènes. La peste est le produit d'un élément septique qui a pénétré dans un corps ou qui s'y est développé spontanément, et qui altère, décompose les liqueurs animales, neutralise son action stimulante. La contagion n'est autre chose que le passage de ce ferment d'un corps malade dans un corps qui ne l'était point. La peste s'est fort civilisée; elle a pris sa part du progrès. Établies sur ce qui est possible, les mesures sanitaires seraient d'une grande rigueur; établies sur ce qui est probable, elles doivent être renfermées dans d'étroites limites. M. Castel estime donc que le travail de la commission, avant d'être offert au gouvernement, doit être retouché avec soin.

Séance du 2 juin.

M. le secrétaire annuel fait connaître le résultat du scrutin de la dernière séance pour la nomination des correspondants étrangers. Ce sont :

M. Racord, à Smyrne, 68 suffrages; M. Rosenbaum, à Halle, 61; M. Bertini, à Turin, 47; M. Ismaël-Effendi, à Constantinople, 45; M. Blasius, à Halle, 44; M. Moulon, à Trieste, 42; M. Valentin, à Zurich, 42.

Les sept personnes dont les noms précèdent, ayant seules obtenu la majorité des suffrages, sont proclamées membres correspondants étrangers.

Il reste encore un membre à nommer.

Coarctations de l'urèthre. — M. Guillon, chirurgien consultant du roi, adresse la lettre suivante :

« Comme j'ai intérêt à ce que l'Académie connaisse le plus promptement possible ma méthode, au moyen de laquelle on guérit complètement, et ordinairement dans un temps assez court, ces rétrécissements calleux uréthraux qui jusque dans ces dernières années *avaient été incurables*, je viens vous prier d'avoir la complaisance de presser le rapport de la commission nommée en janvier 1839, à l'effet d'examiner ce mode de traitement.

»Pour constater si la guérison des rétrécissements fibreux de l'urèthre, obtenue par le genre de traitement que j'ai introduit dans la thérapeutique, était durable, s'il ne survenait pas de récidives au bout d'un certain laps de temps; pour apprécier enfin cette méthode à sa juste valeur, il était nécessaire que plusieurs années s'écoulassent. Il y a sept ans et demi, messieurs, que la commission, composée de MM. Lagneau, Roux et Velpeau; est nommée. Depuis cette époque, j'ai soumis à son examen, avant, pendant et plusieurs années après leur traitement, un certain nombre de sujets affectés de coarctations uréthrales de nature fibreuse *réputées inguérissables*, dont la guérison a été obtenue par mes procédés opératoires, et le dernier il y a environ six mois. Maintenant, ces trois honorables juges peuvent être en position de faire leur rapport. Ils doivent avoir aujourd'hui des idées tout-à-fait arrêtées sur la valeur de la méthode dont il s'agit, de mes incisions intra-uréthrales pour guérir ces rétrécissements de l'urèthre, contre lesques les autres moyens sont impuissants; et cette méthode est, je crois, un progrès chirurgical assez important pour qu'elle mérite de fixer l'attention de l'Académie. »

Discussion sur la peste et les quarantaines. — Trois orateurs ont eu la parole et en ont largement usé. Ce sont MM. Hamont, Gaultier de Claubry et Bousquet.

M. Hamont termine son argumentation par les propositions suivantes :

1° Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les émanations des localités où naît la peste et les émanations des malades.

2° La peste est transmissible d'Orient en Occident.

3° Que cette transmission se fasse par des foyers d'infection ou autrement, l'Europe doit s'entourer de lazarets.

4° Il n'est pas démontré que la peste ne soit pas contagieuse.

5° La période d'incubation de la peste peut durer plus de huit jours.

6° La peste épidémique ne règne pas seulement tous les dix ans.

7 La peste se montre en février, mars, avril, mai, juillet, août, et peut continuer les mois suivants.

8° La peste existe constamment en Égypte.

9° Le nombre de cas sporadiques peut être assez considérable pour que toujours on doive craindre la propagation du mal.

10° L'institution de médecins sanitaires ne peut remplir le but desiré par la commission.

11° Les conclusions de la commission sur la durée des quarantaines à imposer aux bâtiments marchands, aux paquebots-postes ou navires de l'État, ne sont ni fondées, ni la conséquence d'un principe posé par elle.

Nous demandons en conséquence :

1° Que toujours les provenances d'Egypte soient soumises au régime de la patente brute;

2° Qu'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, soit imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant directement d'Égypte;

Et 3° enfin, que la durée de la quarantaine soit fixée par l'administration sanitaire toutes les fois qu'une maladie suspecte ou la peste se sera déclarée à bord.

M. Hamont se livre ensuite à des considérations d'un ordre tout politique pour arriver à la suppression des lazarets. Il voudrait que toutes les nations de l'Europe s'entendissent pour assainir l'Égypte de gré ou de force et y anéantir la peste dans son unique foyer.

M. Gaultier de Claubry combat la distinction établie par la commission entre la peste épidémique et la peste sporadique. Ces distinctions sont plus théoriques que pratiques.

Il admet comme démontré que, loin des foyers d'infection, la peste n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un iso-

lement de huit jours. Il résulte de là, et c'est sa conclusion administrative, que, quelle que soit la condition sanitaire du pays d'où vient un bâtiment, s'il n'y a pas eu à bord de cas de peste ou de maladie suspecte pendant la traversée, il suffira pleinement d'imposer une quarantaine de dix jours, pour plus de sûreté, à compter du moment même du départ, et dix jours aussi à compter du moment de l'arrivée, s'il y a eu ou s'il y a encore à bord quelque cas de peste ou de maladie suspecte.

M. Bousquet est contagioniste; il explique la transmissibilité de la peste, non par l'infection de l'air, mais par le contact. Il prouve par des citations que, dans les plus grandes épidémies, les établissements qui se sont isolés se sont préservés, bien qu'on y respirât le même air. Il ne prétend pas cependant que la peste ne franchisse pas quelquefois les barrières qu'on lui oppose, mais c'est dans des proportions très minimes. Ainsi, lors de la dernière grande épidémie du Caire et d'Alexandrie, en 1835, M. Lachèze trouva que des personnes isolées la peste en fit périr une sur quatre cents, et des personnes en libre pratique une sur trois. La peste tient donc beaucoup plus, selon M. Bousquet, des maladies contagieuses que des maladies épidémiques.

M Bousquet déclare qu'il croit à l'inoculation directe de la peste. Les faits en sont rares, parce qu'on ne trouve guère de sujets qui consentent à en subir la dangereuse expérimentation, et aussi parce que l'art d'inoculer les maladies n'est pas un jeu du hasard. Mais enfin il en existe des exemples, selon M. Bousquet, incontestables. Malheureusement les faits, à cet égard, sont considérés comme non avenus par la commission qui s'est fait un système avec lequel elle a réponse à tout. L'inoculation échoue-t-elle, c'est que la peste n'est pas inoculable. L'inoculation donne-t-elle la peste, l'expérience ne prouve rien, car elle a été faite dans un foyer d'infection. Et pourtant, dit M. Bousquet, où voulez-vous qu'on expérimente, si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie? A cette objection si souvent répétée, il se contente de répondre que lorsqu'on inoculait la petite vérole, on ne s'avisa jamais de dire que les inoculés recevaient la maladie de l'influence épidémique et non de l'opération.

La commission a déclaré le toucher des malades sans danger. M. Bousquet ne saurait partager la même opinion. La commission oublie que, lors de l'épidémie du Caire, sur vingt élèves que l'école d'Abouzabel fournit à l'hôpital, il en mourut dix-neuf. Elle oublie un fait, un grand fait, qui balance tous les autres : c'est que ceux qui en temps de peste se séparent de la foule, ceux qui s'isolent, ceux enfin qui se cloîtrent, se préservent presque tous, et cela sans déserter les lieux infectés et sans cesser de respirer le même air. Elle oublie enfin qu'à Moscou, en 1771, on observa que ceux-là prenaient la peste qui touchaient les pestiférés : tels les chirurgiens et les sous-chirurgiens qui les pansaient, les prêtres qui leur administraient les sacrements, les domestiques qui les servaient; tandis que les médecins qui les approchaient sans les toucher résistaient à la contagion.

M. Bousquet admet encore la transmissibilité de la contagion par les vêtements, et il cite des faits à l'appui, non-seulement en ce qui concerne la peste, mais encore d'autres maladies, telles la variole, la scarlatine.

M. Bousquet comprend donc les justes craintes des habitants de Marseille, et il les croit bien fondées, quand l'on songe que, depuis 1720, cette ville a eu quatorze fois la peste dans son lazaret, et que les individus atteints ont toujours été des employés des lazarets, des infirmiers, des chirurgiens quarantenaires.

M. Bousquet reproche aussi à la commission de donner à la peste huit jours d'incubation, rien de plus, rien de moins. Il a remarqué aussi pour son compte que c'est du huitième au neuvième jour après l'absorption que paraissait la variole. Malgré cela, il lui répugne de poser ainsi des bornes à la nature. Il lui est arrivé d'attendre pendant quinze jours les premiers signes du vaccin, qui d'ordinaire apparaissent au bout de trois.

On croirait, d'après ces arguments contre le rapport de la commission et d'autres non moins puissants qu'il serait trop long de rapporter, que M. Bousquet va rejeter les conclusions de la commission et donner les siennes : pas du tout; malgré les contradictions qu'il signale entre les premières et les dernières parties du rapport, entre le texte et les conclusions, M. Bousquet se déclare, en définitive, content de celles-ci. Il ne faut pas, dit-il, qu'en éclairant les gouvernements, la science jette l'alarme dans les populations. Le cœur humain n'est que trop prompt à s'effrayer; la peur a fait peut-être plus de victimes que la contagion. A mon sens, Chicoineau avait tort de refuser à la peste la faculté de se communiquer; mais on dit qu'à sa voix l'espérance et la santé renaissaient.

Séance du 9 juin.

M. Bartlett est nommé membre correspondant de l'Académie.

Peste; quarantaines. — M. Prus a la parole pour défendre son rapport. Il s'attache uniquement à réfuter M. Dubois (d'Amiens), membre de la minorité de la commission, celui qui a le plus combattu le corps du rapport et les conclusions. Il lui reproche surtout d'avoir usé d'une sorte d'artifice de langage pour réduire à 4 les 32 cas de peste observés au lazaret de Marseille et consignés dans le corps du rapport. M. Dubois, en effet, lorsqu'il est question de bubons chez les pestiférés de Marseille, paraît ne vouloir voir là que des bubons syphilitiques.

M. Prus n'admet pas avec M. Dubois [illegible] convienne à l'Académie de faire peser [illegible] vice-roi d'Egypte l'odieux des calamités qui

affligent l'Egypte. La position de Méhémet-Ali a été si précaire jusqu'en 1841, qu'il ne lui a guère été possible de s'occuper d'autre chose que de guerre. Cependant il faut aussi lui tenir compte de tout ce qu'il a fait pour la civilisation, depuis quelques années surtout. La médecine lui doit beaucoup, et l'Académie en particulier.

Toutefois, M. Prus déclare qu'il est prêt à se rallier à l'amendement que semble vouloir proposer M. Hamont, et par lequel les principales puissances de l'Europe seraient invitées à se concerter pour prévenir les causes de la peste.

M. Prus termine en lisant les principaux passages d'une lettre d'un des médecins les plus distingués de Marseille, dans laquelle on lui annonce que l'immense majorité des médecins du pays adhère aux conclusions du rapport. Les idées se modifient même tellement dans la métropole commerciale de notre littoral, que le *Courrier de Marseille* a osé écrire des articles en faveur du rapport, articles qui n'ont pas été trop mal reçus.

M. Ferrus, membre de la majorité de la commission, fait aussi un discours dans lequel il réfute brièvement les principales objections faites au rapport.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mai 1846.

Présidence de M. Mathieu.

Fistules biliaires artificielles. — M. Blondlot, de Nancy, prie M. le président d'ouvrir un paquet cacheté qu'il a déposé le 26 avril dernier, et d'en donner connaissance à l'Académie.

Dans ce paquet, M. Blondlot annonce qu'il est enfin parvenu à établir sur des chiens des fistules biliaires compatibles avec l'état de santé le plus parfait et cela sans qu'aucune parcelle de bile parvienne dans l'intestin.

De la magnésie comme antidote de l'acide arsenieux. — M. Bussy présente un travail duquel il résulte que la magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsenieux en dissolution et former avec lui un composé insoluble, même dans l'eau bouillante. Les animaux auxquels on a administré de l'arsenic sont constamment sauvés lorsqu'on leur fait prendre des doses suffisantes de magnésie.

Séance du 1er juin.

Monstruosité. — M. Velpeau présente, au nom de M. Gorré, médecin à Boulogne, une note sur un enfant monstrueux présentant trois extrémités inférieures et un double appareil sexuel mâle.

Cet enfant est né à Quintas de Corveiras, dans le royaume des Algarves, le 5 septembre 1845. Son père et sa mère sont forts et bien portants. Cette dernière, âgée de vingt-deux ans, et qui avait eu déjà deux enfants bien conformés, n'a rien éprouvé de particulier dans sa troisième grossesse; elle ne se rappelle avoir reçu aucun coup, avoir éprouvé aucune émotion violente; l'accouchement n'a pas été accompagné de plus de souffrances que les deux précédents; l'enfant est venu au terme régulier de neuf mois.

Cet enfant, aujourd'hui dans son huitième mois, est en parfait état de santé, vif et de bonne humeur. Sa tête, son tronc, ses bras, sont régulièrement développés et bien proportionnés; il en est de même des extrémités inférieures qui occupent la place normale. Quant au membre supplémentaire, évidemment formé de la réunion d'une seconde paire de membres pelviens compris sous une enveloppe commune, il est situé sur la ligne médiane, en arrière des deux autres qui le cachent presque complètement lorsque l'enfant est couché sur le dos. Ce troisième membre, égal en longueur à chacun des deux premiers, offre à peu près le double de leur grosseur; dans la portion correspondant à la cuisse, la jambe est relativement plus grêle. Le pied se termine par dix orteils dirigés en avant comme ceux des membres normaux; les deux gros orteils sont réunis par la peau, et il en est de même des deux doigts externes de chaque côté. Ce membre surnuméraire est flasque, sans mouvements, et plus froid vers sa partie inférieure que ne sont les autres parties du corps; la sensibilité est aussi très faible vers le bas de la jambe et au pied.

Les moyens d'attache de cet appendice monstrueux sont une tige ostéo-cutanée large de 3 à 4 centimètres, et longue de 2 à 3, mesurée en dehors du bassin normal, dans lequel elle s'enfonce en remontant jusqu'à une hauteur qu'on ne peut préciser. Cette tige est assez mobile; sa partie osseuse, autant qu'on en peut juger à travers la peau, paraît formée des dernières pièces du sacrum, qui serait le seul vestige du bassin anormal.

En avant du bassin normal, on voit deux pénis séparés à leur origine par une distance d'environ 4 centimètres; un seul testicule de chaque côté se rencontre dans le double scrotum correspondant. Chaque pénis est pourvu de son canal de l'urèthre. Les deux canaux paraissent communiquer avec une vessie unique; du moins, quand l'émission de l'urine a lieu, elle se fait en même temps et en quantité égale par les deux voies.

Séance du 8 juin.

M. Dumas lit un travail intitulé : *Recherches sur le sang* — Le sang renferme trois principales substances azotées : la fibrine, l'albumine et les petits corps sphériques ou ellipsoïdaux que l'on a désignés sous le nom de globules du sang. On isole et on ramène sans peine à l'état de pureté les deux premières substances, la fibrine par le battage du sang au sortir de la veine, et l'albumine en laissant le sérum se séparer par une coagulation spontanée; mais il était bien plus difficile d'obtenir les globules débarrassés de fibrine et d'albumine; le premier pas à faire dans une nouvelle

étude du sang consistait donc à perfectionner un procédé indiqué d'abord par M. Berzelius, et mieux appliqué plus tard par MM. Lecanu et Figuier; c'est précisément le premier objet du mémoire si intéressant de M. Dumas. Si, avant de filtrer le sang frais, on le délaie avec trois ou quatre fois son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude, ce mélange modifiera tellement les propriétés de la liqueur où flottent les globules, qu'elle traversera seule rapidement les pores du papier, et laissera les globules sur le filtre dans un état d'intégrité et de pureté tout-à-fait suffisant.

Mais notons une particularité remarquable de cette opération. La liqueur a d'abord coulé limpide et incolore; mais quand, pour isoler du sérum les globules restés sur le filtre, on les lavera avec une nouvelle solution de sulfate de soude, la liqueur qui passe prendra bientôt une teinte rouge intense qui indique une altération profonde des globules. D'où vient cette modification substantielle? D'une propriété des globules tout-à-fait capitale, et que M. Dumas fait très bien ressortir. Tant que les globules sanguins sont en contact avec l'air, ils demeurent à l'état artériel, et la dissolution qui les tient en suspension passe incolore. Mais si ces mêmes globules, ne rencontrant plus d'oxygène, passent à l'état veineux, la liqueur filtrée se colore. Dès lors, si, à l'aide d'un tube effilé, on fait circuler dans la dissolution un courant d'air, l'altération qu'il fallait éviter n'existera plus, et, avec cette précaution bien simple et un peu d'activité, on se procurera en peu de temps cinq ou six grammes de globules de sang complètement débarrassés de sérum.

Il résulte de ces premières observations que les globules si curieux du sang se comportent, en réalité, comme de petits êtres doués d'une vie propre, qui tantôt vivent quand ils sont à l'état artériel et résistent par-là même à l'action dissolvante du sulfate de soude, qui tantôt meurent ou sont comme asphyxiés quand la privation d'air les réduit à l'état veineux. Dans ce dernier état, ils sont dissous par le sulfate qu'ils colorent.

De ce point de vue ingénieux, les phénomènes de la respiration apparaissent sous un nouveau jour. Ne peut-on pas, ne doit-on pas dire qu'à part l'action propre du sérum sur l'air, la respiration d'un animal supérieur, de l'homme en particulier, a surtout pour objet de fournir l'oxygène aux globules du sang et d'expulser les produits dans lesquels ils le convertissent? Pour approfondir les mystères de la respiration, il ne suffit donc pas de s'arrêter à considérer le sang comme une masse fluide, il faut arriver jusqu'aux globules, qui sont le siége principal du phénomène. Des expériences chimiques et l'observation microscopique ont déjà démontré que la faculté de prendre la couleur brillante du sang artériel appartient aux globules eux-mêmes, et ne dépend ni de l'albumine du sérum, ni de la fibrine, ni de l'action vitale de l'être animé.

M. Dumas ne s'est pas arrêté à ces premiers aperçus; il a étudié avec soin l'action exercée sur les globules par les divers agents chimiques et surtout par les sels, qui, sous ce rapport, se partagent en deux grandes classes. Les uns, comme le sulfate, le phosphate et probablement le lactate de soude, comme le sel de seignette, n'empêchent en aucune manière la coloration en rouge des globules sous l'influence de l'oxygène. Les autres, les chlorures de sodium, de potassium et le chlorhydrate d'ammoniaque, la maintiennent à l'état veineux; la couleur reste violette et sombre. Les sels qui conservent au sang la faculté de s'artérialiser laissent les globules entiers, leur donnent la propriété de s'isoler complètement du sérum par la filtration; au contraire, ceux qui asphyxient les globules laissent filtrer un sérum coloré.

N'y aurait-il pas quelques rapports entre ces phénomènes et les mauvais effets produits par l'abus des viandes salées qui prédisposent au scorbut, ou les propriétés toxicologiques des sels ammoniacaux?

Ces faits prouvent du moins jusqu'à l'évidence qu'il existe une liaison inattendue entre l'intégrité des globules, l'état artériel du sang, les phénomènes de la respiration et la nature ou la proportion des sels que le sang tient en dissolution. Il suffit d'avoir essayé quelques expériences de ce genre pour être convaincu que l'asphyxie, au sein même de l'oxygène, peut être déterminée par le seul fait de l'introduction de quelques sels qui modifient la manière d'être des globules à l'égard de l'oxygène.

Le médecin devra tirer d'immenses avantages d'une étude plus approfondie des globules pris sur le malade et soumis à l'action des sels. Ce mode de diagnostic indiquera mieux, dans beaucoup de cas, le traitement à adopter.

L'analyse élementaire des globules était devenue facile dès qu'on les avait isolés, et M. Dumas la donne avec une entière confiance. Voici les nombres qu'il a obtenus :

Globules du sang.

	De femme.	De chien.	De lapin.
Carbone,	55,1	55,1	54,1
Hydrogène,	7,1	7,2	7,1
Azote,	17,3	17,3	17,5
Oxygène,	20,5	20,4	21,3
	100,0	100,0	100,0

Il résulte de ces analyses que les globules du sang appartiennent à la famille des matières albuminoïdes.

NOUVELLES MÉDICALES.

LÉGION-D'HONNEUR. Ont été nommés *officiers* : M. COZES, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, et M. BLACHE, médecin de l'hôpital des Enfants et du prince royal ;— *chevaliers* : MM. les docteurs RISUENO d'Amador, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Montpellier, F. HATIN, POINTE et BRACHET (de Lyon), ROUSSET (de Marseille, PUYDEBAT

(de Bordeaux), et le docteur Achille COMTE, chef du bureau des compagnies savantes au ministère de l'instruction publique.

— Si les médecins abondent à Paris, il faut convenir que les ressources y abondent aussi plus qu'ailleurs. Un bon nombre se jettent dans des spécialités, et il viendra peut-être un temps où la médecine de la capitale ne se composera plus que de spécialités, celles des yeux, de l'oreille, de la poitrine, du ventre, etc. Un de nos confrères, M. le docteur Robert, vient d'adopter pour sa spécialité celle des arbres. On a pu remarquer à la fin de l'année dernière qu'une cruelle épidémie sévissait sur les arbres des promenades de Paris. Ils ne mouraient pas tous, mais presque tous étaient frappés, et les Champs-Élysées étaient menacés de devenir une thébaïde sans les cataplasmes monstres dont notre confrère a eu l'ingénieuse idée de recouvrir leurs immenses ulcères. Ce système de traitement dont la formule est, à ce qu'il paraît, un secret, a, dit-on, sauvé la vie à beaucoup de malades désespérés, tant des Champs-Elysées que des boulevards extérieurs. Aussi notre confrère a-t-il été autorisé à étendre ses soins à toute la ligne des boulevards du centre, ce qui lui constitue une des plus nombreuses clientèles de la capitale. Une de nos célébrités médicales disait, en parlant de l'invention de M. Robert : C'est une spécialité bien modeste en apparence, mais qui est destinée à porter ombrage à beaucoup de monde.

— M. le docteur LOREAU, professeur à l'École préparatoire de Poitiers, a été appelé à Paris par M. le ministre de l'instruction publique, qui a voulu entendre de sa bouche l'exposition d'un plan nouveau d'organisation médicale dont il est l'auteur. Après cette conférence, M. le ministre a chargé M. Bouillaud de lui faire un rapport sur ce plan.

Lyon. Par arrêté du maire, il n'est plus permis d'afficher aux murs de la cité aucune annonce relative à un traitement ou remède quelconque.

On dit que la ville de Montpellier a déjà fait toutes les démarches voulues pour arriver à un aussi heureux résultat.

Douai. Appréciant les dangers qu'on fait courir aux enfants nouveau-nés en les apportant à la mairie, le maire de cette ville vient de prendre un arrêté d'après lequel un médecin commissionné est désormais chargé de se rendre à domicile, sur l'appel des parents, pour constater la naissance et le sexe de l'enfant.

Nécrologie.

On annonce de Vienne la mort subite du baron de DURKHEIM, l'un des médecins les plus renommés de cette capitale, et qui était l'un des chefs du service sanitaire de tout l'empire.

— M. le docteur GAUBRIC, de Bordeaux, vient de succomber.

Variétés.

Biographie de Chopart.

« Quùm suâ modestiâ
» unus omnium maximè
» floreret ; eâque esset
» ætate, ut non jàm so-
» lùm de eo benè sperare,
» sed etiam confidere ci-
» ves possent sui, talem
» futurum qualem cogni-
» tum judicârunt. »
(*Cornelius Nepos.*)

Le nom de ce célèbre chirurgien est tellement lié à celui de Desault (auquel il était uni par la plus étroite amitié, et toujours dans des circonstances qui ont dû, ce me semble, inspirer aux lecteurs de ce journal le désir de connaître plus intimement celui qui le portait, et donner l'opinion qu'ils trouveraient en lui un bienfaiteur de l'humanité, vraiment digne de leurs hommages),—que je viens aujourd'hui justifier cette opinion avec d'autant plus d'empressement qu'aucune tâche ne saurait être plus douce pour moi que celle de contribuer à étendre la réputation d'un homme aussi recommandable par ses travaux utiles que par ses rares vertus.

Chopart n'a pas fait faire à la chirurgie les mêmes progrès que J.-L. Petit, que Desault, que Louis ; mais cependant nous devons dire que nous admirons les travaux de Chopart et que nous sommes fiers de ses ouvrages. Son Traité des maladies des voies urinaires constitue un monument scientifique dont nul chirurgien français ne voudrait contester la validité. La grande modestie dont Chopart était doué fut cause que sa carrière, embellie par de nombreux succès, ne fut troublée par aucune tribulation. Il ne fut pas en guerre continuelle comme J.-L. Petit, ni en butte à l'envie comme Desault, ni forcé à composer, chaque jour, un mémoire pour sa défense, comme Louis; il fut heureux autant qu'on peut l'être quand on passe ses jours dans le travail et dans l'étude. Il suffira d'un coup d'œil rapide sur sa vie pour en juger.

François Chopart naquit à Paris, le 30 octobre 1743, de François Turlure, son père, et de Marie-Anne Chopart, sa mère, chez lesquels la probité était héréditaire et qui n'avaient d'autre fortune que le commerce de la mercerie. Dès l'âge le plus tendre, Chopart adopta de préférence le nom de sa mère et le porta toute sa vie. Rien ne manqua à son éducation. Il ne recevait dans sa famille que des conseils propres à le diriger vers le bien, et des exemples qui lui en donnaient l'habitude et le lui faisaient aimer. Enfant, déjà il était grave et réfléchi, jouant rarement et s'occupant souvent de choses utiles.

Il fit de fortes études au collége Mazarin ; pendant ses humanités, il occupa presque toujours les premières places et remporta de nombreuses couronnes. Un de ses parents, Turquet, professeur distingué de philosophie,

se plut à cultiver ses heureuses dispositions et lui donna des leçons particulières.

Après ses premières études, les parents de Chopart le pressèrent de faire le choix d'une profession. Par un goût particulier, il se décida à embrasser celle de chirurgien. Pour être admis alors en qualité d'élève, il fallait être pourvu du diplôme de maître ès arts. Chopart présenta sa requête au tribunal de l'Université et fut admis aux épreuves, conformément à l'usage. Après avoir subi avec éclat deux examens distincts, le premier sur les humanités, le second sur la philosophie, il fut reçu maître ès arts en 1761.

Coutavoz, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, qui ne perdit jamais de vue Chopart et se montra constamment son zélé protecteur, le dirigea dans ses travaux anatomiques, et le plaça chez Dupuid, maître en chirurgie attaché à la juridiction du Châtelet. Chopart y étudia l'art de rédiger des rapports en justice.

Bien persuadé qu'il ne pouvait trouver d'utiles leçons que dans les asiles où une administration sage et éclairée prodigue des secours efficaces à l'humanité pauvre et souffrante, il fréquenta les hôpitaux. Le premier qu'il suivit fut l'Hôtel-Dieu, le plus ancien et le plus considérable des hôpitaux de Paris, et celui où les cas de pratique chirurgicale, se renouvelant sans cesse, présentent à l'observateur la peinture toujours mouvante des misères de l'espèce humaine. Ce fut dans cet établissement, dont Moreau était alors chirurgien en chef, que Chopart, guidé par les conseils et les exemples de son maître, acquit le germe des connaissances dont il devait plus tard faire une si utile application. En quittant l'Hôtel-Dieu, il devint interne à la Pitié, puis à l'hospice de Bicêtre, où il se livra spécialement à l'étude des maladies vénériennes. Il y fut atteint d'une vomique qui mit ses jours en danger et qui, en altérant sa constitution, influa beaucoup sur sa santé pendant le reste de sa vie.

Non-seulement Chopart consacrait presque tout son temps à apprendre l'anatomie, objet de sa prédilection; s'exerçait à l'observation des maladies qui se succédaient et variaient à l'infini dans les divers séjours où il fut employé; s'accoutumait de bonne heure à manier le fer et le feu avec adresse; mais encore, nourrissant son esprit par la lecture des meilleurs ouvrages et surtout par celle des Mémoires de l'Académie de chirurgie, il devint, en peu d'années, assez riche de son propre fonds pour concourir aux prix que l'Académie proposait, chaque année, sur des matières chirurgicales.

Cet usage, établi par un grand nombre de sociétés scientifiques, a toujours été considéré comme un des moyens les plus propres à exciter l'émulation parmi les jeunes gens et, en même temps, à enrichir le domaine des sciences; si les séances académiques, en effet, étaient privées d'aliments, si les membres qui y assistent avec régularité ne pouvaient suffire à les entretenir, ils trouveraient un fonds inépuisable pour leurs exercices dans l'examen des mémoires qui leur sont adressés sur les sujets de prix proposés; car les ouvrages, ceux même jugés moins dignes du prix, renferment presque toujours des vues originales, des observations instructives, qu'il est utile de discuter et de recueillir.

L'Académie de chirurgie eut souvent lieu de vérifier la réalité de cette assertion dans les différentes questions de prix qu'elle proposa, notamment dans celles sur les loupes et sur les contre-coups à la tête, pour lesquelles Chopart concourut.

En 1767, il partagea le prix double, proposé par l'Académie sur le sujet suivant : « Déter-» miner le caractère essentiel des tumeurs » connues sous le nom de loupes; exposer leurs » différences, et quels sont les moyens que la » chirurgie doit employer de préférence dans » chaque espèce (1). »

Dans son mémoire, Chopart détermina le vrai caractère des ces tumeurs, et exposa avec une grande sagacité les divers traitements que leurs espèces exigent.

Ce travail, où l'auteur se montre constamment excellent commentateur de Morgagni, contient la recommandation d'inciser ou de cautériser préalablement la peau qui recouvre le pédicule d'une loupe, lorsqu'on veut l'enlever au moyen de la ligature. Ce procédé prévient les douleurs et Chopart l'a employé avec succès. Une femme portait, vers l'angle postérieur et supérieur de l'omoplate, un stéatôme muni d'un pédicule de deux pouces et demi de circonférence. Les téguments qui recouvraient la base de la tumeur ne présentaient pas une très forte tension; on remarquait seulement de la dureté à l'attache du pédicule. Chopart appliqua une ligature qui excita de vives douleurs; alors il posa autour de la base un fil de coton imbibé d'une solution de potasse caustique; après la chute de la petite eschare circulaire, il lia le pédicule et la guérison fut rapidement obtenue.

Tout en proscrivant, d'une manière générale, ce procédé et lui préférant l'instrument tranchant, Chopart comptait parmi les avantages de la ligature des loupes, combinée avec la cautérisation, le peu d'intensité des douleurs et le calme apporté à des individus craintifs qui tremblent à la seule vue du bistouri.

En 1761, l'Académie proposa pour sujet de prix l'histoire des contre-coups dans les lésions de la tête; matière d'autant plus difficile et importante tout à la fois que jusqu'alors elle n'avait été qu'effleurée dans les divers ouvrages qui s'occupent des plaies de tête. La meilleure preuve qu'on puisse invoquer à l'appui de cette assertion, c'est que l'Académie se montra très exigeante, se crut obligée de proposer de nouveau ce sujet jusqu'à trois fois, et que le prix ne fut décerné qu'en 1768. Le mémoire, que Chopart fit imprimer plus tard, n'obtint que l'accessit avec une mention

(1) L'intéressante monographie de Chopart est insérée, sous le titre d'*Essai sur les loupes*, dans le recueil des prix de l'Académie de chirurgie (tome 4e, première partie, page 1re).

très honorable. Il y établit ce principe, que M. le professeur Récamier, M. le docteur Martinet, ainsi que plusieurs autres médecins célèbres ont adopté, et qui paraît confirmé par le système de Gall, que le praticien qui connaîtrait parfaitement les usages de toutes les divisions du cerveau pourrait, en observant les parties du corps qui sont atteintes de paralysie, émettre un jugement assez certain relativement au siége de la lésion encéphalique ou de l'epanchement intérieur qui détermine ces effets.

Les brillantes preuves de capacité que Chopart venait de donner et les études opiniâtres auxquelles il s'était livré jusqu'alors le mettaient en état d'aspirer à la maîtrise en chirurgie. Il se mit sur les bancs en 1769, et fut reçu maître en chirurgie le 20 juillet 1770, après avoir subi les examens exigés, avec la plus honorable distinction. Le sujet de sa thèse latine était sur les contre-coups à la tête. Dans ce genre d'ouvrages, dont la destinée est ordinairement éphémère, on n'exige que l'application des saines doctrines, unie à la clarté et à la méthode dans l'exposition du sujet Chopart se borna à traduire en latin le texte de son mémoire sur les contre-coups (1).

Les jeunes gens, en général, sont assez disposés à jouir sur-le-champ de la prérogative inhérente au titre qui vient de leur être conféré, celle de s'annoncer en qualité de professeurs et d'ouvrir des cours sur la partie de la science qu'ils ont étudiée avec prédilection. Alors, sans contredit, Chopart possédait tous

(1) L'élève qui présentait toutes les qualités requises ne pouvait se mettre sur les bancs, pour parvenir à la maîtrise, que pendant le mois de mars, et il subissait, le premier lundi du mois d'avril, dans une assemblée générale, un examen sommaire sur les principes de la chirurgie : les quatre prévôts étaient les seuls interrogateurs; et si le candidat était jugé suffisamment capable, il était immatriculé sur les registres. L'acte de tentative ne pouvait être différé plus de trois mois après l'immatricule. Dans cet exercice, l'aspirant était interrogé au moins par treize maîtres, à commencer par le dernier reçu; les douze autres examinateurs étaient tirés au sort par le lieutenant du premier chirurgien du roi, immédiatement avant l'examen et en présence de l'assemblée.

En *tentative*, on interrogeait ordinairement sur les principes de la chirurgie, et principalement sur des points physiologiques. Le troisième acte, nommé *premier examen*, avait pour objet la pathologie, tant générale que particulière. Le candidat était interrogé par neuf maîtres, au choix du premier chirurgien du roi ou de son lieutenant : si le candidat était approuvé après cet acte, il entrait en semaine. Il y en avait quatre dans le cours de la licence : dans la première, nommée d'*ostéologie*, le candidat devait soutenir deux actes en deux jours séparés, dont l'un comprenait la démonstration du squelette, et l'autre sur la thérapeutique réclamée par les maladies des os. Après la semaine d'ostéologie venait celle d'anatomie, pour laquelle on ne pouvait se présenter que depuis le premier jour de novembre jusqu'au dernier jour de mars, ou au plus jusqu'à la fin d'avril, si la saison le permettait.

La semaine d'anatomie se faisait sur un cadavre humain; treize actes la remplissaient. Le candidat devait travailler et répondre, pendant six jours et demi consécutifs, matin et soir, savoir, le matin pour les opérations chirurgicales, et le soir sur toutes les parties de l'anatomie.

La troisième semaine était celle des saignées. Le candidat y soutenait deux actes, à deux différents jours, l'un sur la théorie, et l'autre sur la pratique de la phlébotomie.

Pendant la quatrième et dernière semaine, l'aspirant soutenait encore deux actes à deux différents jours : le premier, sur les *médicaments simples ;* le second, sur les *médicaments composés.* Elle était appelée *semaine des médicaments.*

Les quatre prévôts étaient les seuls interrogateurs dans les actes des quatre semaines. Le lieutenant du premier chirurgien du roi recueillait les voix de l'assemblée sur l'admission ou le refus du candidat. Ensuite les candidats devaient soutenir une thèse en latin. La Faculté de médecine y était invitée par le répondant ; elle y députait, avec son doyen, deux autres docteurs, qui occupaient trois fauteuils au côté droit du bureau du lieutenant du premier chirurgien du roi et des prévôts.

Cet acte devait durer au moins quatre heures : pendant la première, les médecins députés proposaient les difficultés qu'ils jugeaient à propos sur les matières de l'acte ; les *maîtres en chirurgie* argumentaient pendant les trois autres heures ; puis, si le candidat était trouvé capable par la voie du scrutin, au suffrage des seuls maîtres de l'art, on procédait à sa réception dans une chambre séparée. Le lieutenant proposait au candidat une question, sur laquelle il demandait une réponse par écrit; il fallait y satisfaire sur-le-champ, ensuite lire publiquement la réponse; enfin, le récipiendaire prêtait le serment accoutumé, et signait, sur les registres, sa réception à la *maîtrise en l'art et science de la chirurgie.*

Ceux qui avaient rendu, pendant six années, des services gratuits dans les hôpitaux de Paris, avec la qualité de *gagnant maîtrise*, après un examen suffisant, étaient dispensés des actes de la licence et étaient reçus au nombre des maîtres en l'art et science de la chirurgie, en soutenant l'acte public. Il y avait six places de gagnant maîtrise. Deux à l'Hôtel-Dieu, dont une par le privilége de l'hôpital des Incurables, une à l'hôpital de la Charité, deux à l'hôpital de la Pitié, l'une pour la maison de la Salpêtrière, l'autre pour l'hospice de Bicêtre, enfin une place de gagnant maîtrise en chirurgie à l'hôtel royal des Invalides ; en sorte que, par la voie des hôpitaux, il y avait, chaque année, l'une dans l'autre, un maître en chirurgie.

Les chirurgiens des grandes villes de province, telles que Lyon, Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nantes, Orléans, Rouen, Toulouse, etc., etc., avaient des statuts particuliers qui prescrivaient des actes probatoires aussi multipliés qu'à Paris ; et, suivant les statuts généraux pour toutes les villes qui n'avaient point de règlements particuliers, les épreuves pour la réception étaient assez rigoureuses pour mériter la confiance du public, si les interrogateurs, toutefois, s'acquittaient de leurs obligations avec le zèle et l'impartialité convenables.

Pour les bourgs et les villages, il n'y avait qu'un examen de trois heures sur les principes de la chirurgie, sur les saignées, les plaies, les tumeurs et la pharmacologie externe, devant le lieutenant du premier chirurgien du roi, ou le prévôt et le doyen de la communauté.

les talents nécessaires pour faire des cours aux élèves; plusieurs même le suppliaient d'en entreprendre un sur la pathologie chirurgicale; mais il refusa obstinément, soit par timidité, par la crainte de ne pas réussir, ou d'être forcé de négliger ses autres occupations. Il préféra consacrer quelques heures, chaque jour, à l'instruction de quelques étudiants, et sous ce rapport, il rendit de grands services au Collége de chirurgie par cet enseignement particulier. De la Martinière, premier chirurgien du roi, qui a tant contribué à l'illustration de l'Académie de chirurgie, forma, en faveur des élèves, à la sollicitation de son ami Houstet, un établissement qui fut nommé École pratique, où étaient admis seulement vingt-six élèves, élus au concours. Pour augmenter l'utilité de l'enseignement qui y était donné, de la Martinière ajouta, à ses frais, deux nouvelles chaires à celles qui existaient auparavant.

Ainsi l'idée et la création d'une école pratique appartiennent à cette époque et sont antérieures à l'organisation des écoles modernes.

Deux jeunes maîtres, choisis parmi ceux qui avaient parcouru leur licence avec le plus de distinction et qui manifestaient les plus heureuses dispositions pour l'enseignement, dirigeaient cette école, pendant quatre années, avec le titre de professeurs-démonstrateurs pour l'anatomie et la chirurgie. C'était un acheminement pour arriver aux chaires publiques (1).

Une année s'était à peine écoulée depuis sa réception, lorsque Chopart fut nommé professeur de l'École pratique. Il prononça pour l'ouverture de son cours (2 décembre 1771) un très remarquable discours, qui reçut les honneurs de l'impression.

Dans son enseignement, le nouveau professeur conserva visiblement la forme antique. Autour de lui venaient se grouper les élèves, avec lesquels on le voyait deviser, converser d'amitié, leur exposer simplement, clairement et méthodiquement l'anatomie et la médecine opératoire. Ses leçons étaient plutôt des entretiens fructueux que de longs discours scientifiques. Chopart causait, discutait, interrogeait, répondait, comme l'excellent J.-L. Petit, aux interpellations de ses auditeurs, supportait la contradiction sans se fâcher; faisait, à tour de rôle, répéter ses démonstrations aux étudiants, établissait entre eux des conférences réciproques, des argumentations, source précieuse d'instruction, qui excite l'émulation des élèves, et les rend plus attentifs et plus assidus aux leçons du maître, pour se surpasser les uns les autres dans leurs mutuelles interrogations.

Chopart forma avec Desault, dont il fut l'inséparable compagnon dans ses travaux et dans ses peines, cette union honorable qui ne finit qu'à leur mort.

En 1778, il publia, de concert avec son ami, un ouvrage en deux volumes in-8°, intitulé : *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.* Ce livre élémentaire, consacré aux élèves qui suivaient les leçons des deux professeurs de l'École pratique, renferme les premiers principes de la pathologie externe. Les maladies chirurgicales y sont exposées avec précision et méthode, suivant le siége des parties qu'elles affectent. La description des opérations qu'elles réclament est exacte et succincte; on n'y trouve aucune observation, les auteurs s'étant réservé de les rapporter de vive voix en développant les préceptes. On y remarque une absence complète de citations, de discussions historiques et critiques, qui ont souvent le grave inconvénient d'éloigner les débutants de l'attention qu'exigent les choses essentielles, et les entraînent dans des recherches et des hésitations prématurées. Ce livre, qui peu de temps après sa publication fut traduit en plusieurs langues, eut un véritable succès, car, à cette époque, il y avait pénurie d'ouvrages élémentaires. Hévin était tombé en désuétude et l'on manquait d'un corps complet de doctrine chirurgicale qui, développant les préceptes généraux de l'art, fît connaître en même temps les acquisitions nouvelles qui en avaient enrichi les différentes branches.

Tout le monde s'accorde à dire, néanmoins, qu'il fut l'œuvre de Chopart seul. Ce qui le prouve, c'est que Desault, d'abord, en apparence, approuva la doctrine qui y est exposée; mais quand il eut une fois par lui-même interrogé la nature, il sentit qu'il avait mal parlé son langage, et le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu condamna au néant les travaux du professeur de l'École pratique.

Malgré le mérite de ce livre et l'approbation qu'il reçut du public chirurgical, Chopart l'estimait peu et ne se faisait pas faute de le dire : il oubliait ce que son ouvrage contenait d'utile, pour n'en voir que les imperfections.

P.-J. CABARET, D. M. P.

(La suite au numéro prochain.)

(1) « Les écoles royales de chirurgie offraient un » vaste plan d'enseignement médical. On y professait l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la » thérapeutique, la chimie et la botanique appliquées à la chirurgie, les opérations, les accouchements et les maladies des yeux. Parmi les » professeurs et démonstrateurs qui occupaient » ces différentes chaires, on remarquait des hommes » du mérite le plus élevé, tels que Louis, Sabatier, » Peyrilhe, Tenon, Lassus, Fabre et autres.

» La plus grande émulation animait cet enseignement, surtout celui de l'École pratique, réunion de jeunes gens admis au concours, candidats aux prix annuels, et qui recevaient une » instruction étendue par les soins assidus de maîtres en quelque sorte secondaires. Les professeurs et démonstrateurs de cet ordre étaient, » entre autres, MM. Pelletan, Chopart et L'héritier; les répétiteurs ou prévôts étaient MM. Antoine Dubois, Boyer, Manoury et autres, qui » sont tous devenus de célèbres professeurs et praticiens. »

(*Souvenirs de la fin du* XVIIIe *siècle et du commencement du* XIXe, ou mémoires de René Desgenettes; tome 1er, pages 77 et 78.)

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — AOUT 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HÔPITAL NECKER.

Service de M. Trousseau.

Observation de morve aiguë.

Les faits de morve aiguë se multiplient tellement depuis quelques années que nous croyons de la plus haute importance de signaler avec quelques détails les cas qui s'en présentent à l'observation dans les hôpitaux de Paris, d'autant plus que la marche insidieuse de la maladie en rend le diagnostic fort difficile, le traitement presque nul, et par contre la contagion très facile. Il est donc nécessaire que les praticiens de tous les pays aient constamment présent à la mémoire un tableau fidèle de cette cruelle maladie, afin que le moindre symptôme suspect éveille leur attention ; car, d'après ce que l'on voit à Paris, il n'y a nullement à douter que l'affection farcino-morveuse ne soit très commune dans les départements où l'on ne prend pas autant de précautions qu'à Paris (1).

Nous avons déjà eu occasion de rapporter plusieurs observations de morve et de farcin, et récemment encore, dans notre numéro de mars dernier, nous donnions un cas d'engorgement farcineux du genou qui s'est présenté dans le service de M. Rayer. L'observation suivante, que nous empruntons au *Journal de médecine* (numéro de juillet 1846), a offert les mêmes difficultés, pour ne pas dire les mêmes impossibilités de diagnostic, avec des circonstances étiologiques tout aussi insolites. Il résulte de ces considérations que l'on ne saurait trop étudier chacun des cas en particulier, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une connaissance assez complète de la maladie pour pouvoir la reconnaître avant les derniers moments du malade et autrement que par l'inoculation.

Obs. — Dans la soirée du lundi 8 février 1846, est entrée à l'hôpital Necker la veuve Léger, matelassière, âgée de quarante-un ans, demeurant rue Traverse, n° 4. Cette femme, habituellement bien portante, et malade depuis huit jours seulement, donne avec quelque difficulté les renseignements suivants :

(1) Ces jours derniers encore, il est mort de la morve un jeune élève de l'École vétérinaire d'Alfort.

Elle n'a jamais eu avec des chevaux, malades ou sains, aucun rapport direct ; elle s'occupe ordinairement, soit à carder des matelas, soit, quand ce genre de travail lui manque, à détresser le crin que l'on tord dans les abattoirs. Ses habitudes n'ont été nullement changées dans les jours qui ont précédé sa maladie. Son mari est mort, il y a trois semaines, de la phthisie pulmonaire pour laquelle il avait séjourné à l'hôpital Necker depuis le 17 février 1846 jusqu'au 13 avril. Depuis le moment de son retour jusqu'à sa mort il n'avait pu quitter le lit. Il faut noter que depuis deux ans à peu près il ne travaillait plus, que dans tout le cours de sa maladie il n'a pas reçu la visite d'un seul cocher, et qu'enfin la maison occupée par cet homme ne renferme aucun individu que ses occupations mettent en rapport habituel avec les chevaux. C'est M. le docteur Pidoux qui a donné les derniers soins à ce malade et les premiers à sa femme, dont il va maintenant être question.

La femme Léger ne se rappelle pas avoir eu aucune coupure ni excoriation récente ; elle n'en porte d'ailleurs pas les traces.

M. Pidoux rapporte que, vers le 30 mai, elle fut prise, du côté droit de la tête, d'une névralgie, qu'il combattit avec succès par des préparations de belladone. Une névralgie intercostale survint alors ; elle céda à l'application d'un vésicatoire. Elle fut bientôt suivie d'une très vive douleur sciatique du côté gauche avec prédominance de la douleur au niveau du mollet. Un vésicatoire saupoudré de morphine la fit rapidement disparaître.

Mais en même temps le genou gauche devint douloureux ; puis, en peu de temps, il s'y manifesta de l'enflure et de la rougeur. A partir de ce moment la malade fut prise d'un délire que le médecin attribua à l'usage de narcotiques, et qui persista malgré la suppression de l'opium. M. Pidoux rapporte qu'il était vivement frappé, depuis le début de la maladie, du défaut de proportion qu'il constatait entre l'état général et les altérations locales. La femme Léger, ne pouvant continuer de se traiter chez elle, fut amenée à l'hôpital le 8 juin au soir. Dans la nuit du 8 au 9 elle eut beaucoup de délire.

Voici dans quel état elle se trouve le 9 au matin : fièvre vive ; pouls fréquent et assez petit ; peau chaude et sèche ; teinte subictérique de la face ; in-

certitude du regard; injection des yeux. La malade répond assez nettement quand on parvient à fixer son attention; tuméfaction avec rougeur et douleur excessive du genou gauche; tumeur rouge et fluctuante de la grosseur d'une olive, située sur la main gauche, au niveau de l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien.

On diagnostique un rhumatisme avec suppuration, et l'on prescrit: calomel, 5 centig.; sucre, 5 grammes, divisés en vingt-quatre paquets; à prendre un paquet d'heure en heure.

10. Continuation et aggravation des accidents signalés la veille; langue rouge et sèche; narines sèches et fuligineuses; pas de vomissements; deux garde-robes. On aperçoit sur le milieu de la joue droite une vésicule à base un peu enflammée et violette, semblable à une pustule maligne; quelques taches rouges et quelques petits boutons ressemblant à ceux de la variole et disséminés sur les cuisses et sur diverses autres parties du corps; quelques petites tumeurs dures avec rougeur violacée de la peau. Genou toujours gonflé, rouge et douloureux. — Même prescription.

11. État typhoïde très prononcé; délire, stupeur profonde. Indifférence complète. La pustule du visage a pris tout-à-fait l'aspect charbonneux, et la peau est gangrénée dans la largeur d'au moins une pièce de 50 centimes. Pustules nombreuses et inégales, disséminées sur le visage, les paupières et les membres. Pas de jetage. On prescrit un gramme de sulfate de quinine.

12. La malade est expirante. Il s'est formé depuis hier de nouvelles pustules avec abcès sous-cutanés sur les paupières et dans diverses parties du corps. La tache gangréneuse s'est élargie. La teinte subictérique du visage est de plus en plus prononcée. Pas de jetage. La malade succombe immédiatement après la visite.

Autopsie.— Du côté de la peau, on constate les lésions déjà observées pendant la vie.

La tache gangréneuse du visage offre peu d'épaisseur.

Dans les tumeurs sous-cutanées, on trouve du pus mélangé de sang. L'articulation du genou est remplie d'une grande quantité de pus ayant la même apparence que le pus phlegmoneux ordinaire.

Sur la muqueuse des fosses nasales, dans la portion qui revêt les cornets, on trouve quelques ulcérations superficielles.

Les autres viscères ne sont pas examinés.

Inoculation sur un cheval. — La tache gangréneuse et quelques pustules du visage avec la portion de peau qui les supportait ont été données à M. Leblanc, vétérinaire, afin qu'il voulût bien tenter l'inoculation sur un cheval. Voici les résultats de cette expérience d'après l'observation de l'habile vétérinaire:

L'inoculation a été pratiquée sur un cheval entier, de huit à neuf ans, très bien portant, atteint seulement d'une fausse ankylose de l'articulation scapulo-humérale.

Une lancette a été chargée d'une petite quantité de liquide sanieux, rougeâtre, enlevé tant à la tache gangréneuse qu'aux abcès, et on l'a inoculé le 14 juin dans la matinée: 1° par six piqûres faites au pourtour des lèvres et des naseaux; 2° par trois piqûres au périnée; 3° par l'apposition pure et simple du lambeau de peau de la femme Léger sur la conjonctive de l'œil droit du cheval et sur la membrane muqueuse des narines.

Dès le lendemain, tuméfaction autour des piqûres, conjonctive rouge, œil chassieux. Il s'écoule par les narines un liquide roussâtre et sanieux.

Le 16 juin, développement de symptômes locaux et généraux: fièvre très intense, respiration difficile et bruyante. Il s'écoule par les deux narines, notamment par la gauche, un liquide ichoreux, rouillé, limpide.

Le 19, le cheval refuse complètement les aliments. Il tombe pour ne plus se relever, et meurt dans la nuit du 19 au 20, à deux heures du matin.

A l'*autopsie*, on constate les lésions suivantes:

Les lèvres, les ailes des naseaux et le périnée sont fortement tuméfiés. A la place de chaque piqûre on trouve une plaie à bords irréguliers, à fond rugueux, de couleur lie de vin. Ces plaies, qui pénétraient dans l'épaisseur du derme, étaient recouvertes d'eschares au niveau des lèvres et des naseaux; celles du périnée n'en avaient pas; mais leurs eschares avaient pu être détachées par la queue du cheval. Le tissu cellulaire sous-cutané correspondant aux ulcères était infiltré de liquide jaunâtre dans une grande étendue, et jusqu'aux ganglions lymphatiques sous-linguaux. Ces ganglions étaient considérablement tuméfiés, infiltrés d'une substance purulente d'un blanc jaunâtre, inégalement répartie dans la périphérie de la substance ganglionnaire.

La muqueuse des narines était épaissie, de couleur lie de vin foncée dans presque toute son étendue. En divers points des deux faces de la cloison nasale et des cornets se trouvent des saillies isolées ou agminées, toutes formées par une substance purulente, solide, analogue à celle qui existait dans les ganglions lymphatiques sous-linguaux. Quelques-unes de ces masses pustuleuses étaient ramollies; d'autres étaient déjà remplacées par de petites plaies ulcérées à bords taillés à pic.

Les deux poumons étaient farcis de petites masses globuleuses, consistantes, d'un blanc jaunâtre, dont la grosseur variait depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un haricot. C'était du pus solide infiltré dans les lobules du parenchyme pulmonaire. Les poumons offraient en quelques points les lésions du deuxième degré de la pneumonie lobulaire.

Ainsi, le cheval a évidemment succombé à une morve aiguë qui a marché avec une rapidité étonnante, ce qui met hors de doute la nature de la maladie observée chez la femme Léger.

Cette inoculation est venue fort à propos

confirmer un diagnostic qui certes ne ressortissait pas suffisamment des symptômes observés chez la malade, et moins encore peut-être d'un examen cadavérique un peu superficiel, comme en convient l'auteur de l'article du Journal de médecine. Mais cela n'éclaircit nullement la question étiologique. Faute de pouvoir expliquer au moyen de la contagion directe l'origine de la morve chez la malade, l'auteur croit devoir conclure, d'accord en cela peut-être avec son chef de service, 1° que la morve s'est développée chez la femme Léger par contagion indirecte et par infection; 2° que les crins qu'elle travaillait ont été probablement les agents de cette transmission, ce qui constituerait un ordre de faits tout-à-fait nouveaux et bien dignes de fixer l'attention.

M. Trousseau a fait des recherches dans deux des ateliers où l'on travaille des crins venus de Buenos-Ayres. On y emploie à peu près six à huit ouvriers. Il en est mort une vingtaine environ depuis dix ans. Leur mort est attribuée au *charbon*. Sur cinq ouvriers qui travaillaient dans l'atelier où M. Trousseau faisait son enquête, trois avaient eu la pustule maligne, et la cautérisation, pratiquée énergiquement, avait laissé une profonde cicatrice.

Si des crins qui ont traversé l'Océan peuvent encore communiquer la pustule maligne, ils peuvent bien aussi communiquer la morve, et l'on peut raisonnablement penser que parmi les vingt ouvriers qui sont morts en dix ans quelques-uns ont véritablement succombé à cette dernière affection.

On a assuré à M. Trousseau que les matelassières, qui détordent et peignent ensuite les crins livrés par les marchands de crins, sont elles-mêmes exposées aux mêmes maladies que les ouvriers qui préparent le crin brut.

II. Clinique chirurgicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Velpeau et Gerdy.

Des douleurs névralgiques ou autres de la mamelle, que l'on peut attribuer à un cancer. — Leur traitement.

A propos d'une femme qui était entrée à l'hôpital de la Charité pour être opérée d'un prétendu cancer au sein, M. Velpeau a fait quelques observations assez neuves sur un point intéressant de médecine pratique, savoir : la distinction des simples douleurs névralgiques de la mamelle d'avec celles qui font craindre une dégénérescence de la glande.

Le diagnostic différentiel au premier abord paraît assez facile, et dans beaucoup de cas, en effet, il n'offre pas de difficultés sérieuses; mais, dans quelques autres, le médecin en trouve de très grandes, sinon à se former à part lui une opinion probable, du moins à la faire partager comme certaine à la malade; car alors ce qu'il faut avant tout, c'est rassurer; guérir ne vient qu'après; et cependant il faut ensuite guérir pour justifier le pronostic; pronostic et traitement faisant pour ainsi dire tout un dans ce cas.

La femme qui a fourni matière à ces réflexions est encore jeune; elle se plaignait de douleurs au sein, et ne voulait pas se départir de l'idée qu'elle était menacée d'un cancer, quoiqu'une exploration attentive démontrât qu'il n'y avait au sein ni lésion ni tumeur appréciables.

M. Velpeau a rappelé que des malades de cette espèce se rencontrent assez fréquemment dans la pratique; ce qu'il y a de pis, c'est que leurs plaintes et leurs terreurs incessantes finissent par influencer le jugement du chirurgien, et cela d'autant plus aisément que l'exploration directe du sein douloureux peut encore contribuer à favoriser l'erreur de diagnostic.

La mamelle en effet est composée d'un certain nombre de lobes ou de lobules de consistance variable. Si l'on saisit la mamelle par le côté, dans le but de la rétrécir, et que l'on palpe alors avec la main restée libre, on sent de telles différences de densité dans les différents lobes ou lobules, selon que l'on presse dans un sens ou dans un autre, qu'il est fort difficile de ne pas se laisser aller à l'idée que le sein renferme quelque tumeur suspecte qui cause les douleurs, bien qu'il n'en existe réellement aucune.

Les douleurs dont les femmes se plaignent siégent le plus ordinairement en bas et en dehors du sein. Pour M. Velpeau, elles sont fréquemment le résultat des tractions continuelles que la mamelle éprouve de ce côté.

Le chirurgien de la Charité cite plusieurs circonstances semblables dans lesquelles il a été consulté. Il a vu, entre autres, une femme du monde, très pusillanime, en proie à l'idée fixe qu'elle portait un cancer du sein. Quelque temps auparavant elle avait eu un abcès au sein; l'ouverture avec le bistouri lui avait causé des attaques de nerfs dont elle ne s'était remise qu'au bout de huit jours. Néanmoins elle paraissait très disposée à se laisser enlever le prétendu cancer du sein. Une autre dame de la province a tourmenté tous les médecins de son pays et les sommités chirurgicales de Paris pour le même motif. Comme on n'a voulu rien lui trouver d'organique, elle a fini, de guerre lasse, par se mettre entre les mains des homœopathes.

Ainsi, il arrive souvent que ces sortes de malades, loin de savoir gré au chirurgien qui les rassure, finissent par se fâcher et consulter ailleurs. Evidemment il y a là de l'hypochondrie, mais une hypochondrie qui a sa source dans un mal réel, lequel n'est que prodigieusement exagéré. Une femme éprouve au sein une sensation désagréable; si elle est nerveuse, oisive, elle l'écoute, elle l'analyse; puis elle se reporte à ses souvenirs de famille, de relation; elle n'a pas de mal à se rappeler une sœur, une mère, une cousine, une amie,

qui a succombé à un cancer, qui a dû éprouver des douleurs semblables. Alors l'imagination s'enflamme, elle examine ses souffrances au microscope, et le médecin lui-même, assailli de raisonnements de toute espèce, finit souvent par y ajouter plus ou moins de foi. Il faut alors, s'il veut conserver sa cliente, qu'il fasse un traitement; heureux encore quand il peut faire une thérapeutique insignifiante et sans inconvénient pour la malade!

Il peut arriver aussi que les douleurs dépendent d'une véritable névralgie de la mamelle. Or voici, d'après M. Velpeau, comment on évitera de confondre cette maladie avec les symptômes d'une tumeur.

Une tumeur véritable ne cause pas ordinairement de douleurs dès son début. Si donc la malade éprouve depuis longtemps des douleurs sans qu'il y ait de tumeur manifeste, il faut éloigner l'idée d'une dégénérescence. Mais il importe, pour éviter toute erreur, de ne pas voir une tumeur là où il n'en existe pas, ainsi qu'il peut arriver quand on comprime le sein d'une certaine manière, comme nous l'avons dit plus haut.

Il faut avoir le soin, quand on explore la mamelle, de ne pas la saisir par le côté; on doit, au contraire, l'étaler en quelque sorte sur la poitrine, la presser de tous ses doigts, et s'appliquer avec soin à distinguer la sensation différente qui résulte du contact des lobules de la glande et d'une tumeur pathologique. Si l'on avait senti une tumeur en pressant sur le côté, et qu'on ne la trouve plus en palpant d'avant en arrière, on n'avait provoqué qu'une fausse sensation de tumeur.

On voit d'après cela que le pronostic de ces douleurs serait bénin si elles n'étaient point le point de départ d'une foule de terreurs imaginaires. Il y aurait pourtant de l'injustice et de l'inhumanité à dire à ces malades qu'elles n'ont rien, puisqu'elles éprouvent des malaises véritables du côté du sein, et que leur système nerveux est surexcité. Or, le meilleur moyen de calmer ce dernier, c'est de guérir les douleurs réelles que ces femmes éprouvent à la mamelle.

Pour M. Velpeau, la thérapeutique doit être en partie mécanique, et l'on voit par-là qu'il a particulièrement en vue les douleurs de la première espèce, celles qui sont surtout le résultat des tractions continuelles qu'éprouve la glande. Le remède qu'il emploie consiste à faire une modification fort simple au corset. Les femmes en question cessent souvent l'emploi du corset et ne s'en trouvent que plus mal; car il faut au contraire que leur sein soit soutenu pour être à l'abri des tractions et de tiraillements. Les corsets modernes ne répondent pas aussi bien à cette indication que ceux d'autrefois. La mode veut aujourd'hui que les femmes portent la gorge étalée en dehors, les mamelles écartées l'une de l'autre; la douleur qui se fait alors sentir est le résultat des tractions subies par le côté interne, douleur que M. Velpeau compare jusqu'à un certain point à celle qu'occasionne aux orteils une chaussure étroite et mal faite. Le corset devra donc être fait de telle manière qu'il reporte les seins en dedans; ainsi en devra-t-il être de la robe; les mamelles devront être maintenues rapprochées l'une de l'autre, et non comprimées.

Cette précaution, suivant M. Velpeau, suffira souvent; il ne fait nul doute qu'on ne puisse y ajouter quelque topique calmant, des frictions, des liniments, dans lesquels entreront le landanum, la belladone, la jusquiame. On pourra encore, selon lui, y joindre avec avantage, dans certains cas et suivant les indications, l'emploi des ferrugineux, du bismuth, de la valériane, des bains simples, des bains alcalins ou sulfureux, etc. A l'aide de ces divers moyens, dit M. Velpeau, on peut, quand les malades ont de la raison, les guérir assez vite. Il est bon toutefois d'observer, ajoute-t-il, que ces symptômes ne s'observent pas seulement chez les femmes du grand monde, mais qu'on les rencontre fréquemment aussi chez les femmes du peuple.

Tel est le résumé des particularités que M. Velpeau a cru devoir signaler dans une des leçons de son cours de cette année. Nous les reproduisons ici, parce que nous pensons qu'elles trouveront leur application dans la pratique. Cependant on ne saurait tout dire dans une leçon orale, en quelque sorte improvisée. Le professeur nous paraît donc avoir considéré la question sous un point de vue trop mécanique. Que la tournure vicieuse des corsets soit la cause de beaucoup de douleurs du sein, cela est probable; mais cette cause ne doit pas être la seule, ni même être toujours prépondérante; car alors nous ne voyons pas pourquoi il n'y aurait jamais qu'une seule mamelle de douloureuse, puisque toutes deux sont soumises aux mêmes tractions. Il y a donc aussi à faire un peu la part de la prédisposition névralgique aujourd'hui reconnue comme si commune depuis les travaux récents faits sur les névralgies dans les diverses parties du corps. M. Velpeau n'a cependant pas négligé tout-à-fait ce côté de la question, quoiqu'il nous paraisse l'avoir traité trop accessoirement. Ainsi il parle d'applications narcotiques, qui sont les premiers moyens à employer contre une névralgie quelconque; il parle des ferrugineux qui doivent exercer une puissante influence lorsqu'il y a quelque chose de chlorotique dans l'état constitutionnel des malades; car on sait que l'élément névralgique se joint souvent à ce dernier. Nous ne doutons donc pas que l'emploi méthodique de ces divers moyens, joint à une direction nouvelle donnée à la masse de la glande mammaire par le corset, et à la médecine morale, ne puisse amener la guérison dans la plupart des cas; mais il doit exister des névralgies mammaires ou intercostales qui y résisteraient; à celles-là il faudrait opposer les moyens plus puissants employés contre les névralgies profondes, entre autres les vésicatoires volants et la morphine par la méthode endermique.

Luxations du pouce. — Nouveaux procédés de réduction.

La réduction des luxations du pouce a toujours présenté d'assez grandes difficultés, tant à cause de la grande résistance des muscles et des ligaments qu'à raison du peu de prise offert par l'extrémité déplacée (1).

Un cas de cette espèce s'est dernièrement présenté dans le service de M. Gerdy, qui l'a néanmoins facilement réduite, mais en sortant de la voie indiquée pour la réduction des luxations en général.

Une femme de 43 ans tomba d'une hauteur de 2 mètres environ, sur le pouce droit, qui se trouvait alors dans l'extension. Elle éprouva les symptômes ordinaires en pareil cas : impossibilité de mouvoir l'articulation luxée ; gonflement progressivement croissant. Admise à l'hôpital deux jours après, elle offrit tous les caractères d'une luxation de la première phalange du pouce en arrière, caractérisée par les lésions suivantes : tuméfaction au point d'union du premier métacarpien avec la première phalange ; mouvements purement passifs, surtout dans les sens d'inclinaison latérale ; angle très obtus à l'articulation métacarpo-phalangienne, ouvert en arrière ; les deux premières phalanges sont dans un état d'extension forcée l'une sur l'autre ; douleurs très vives et insomnie continuelle depuis l'accident.

Le lendemain, M. Gerdy a opéré la réduction de la manière suivante : empoignant des deux mains le pouce luxé, il applique les deux doigts indicateurs sur la face palmaire, et les deux pouces sur la face dorsale ; alors il repousse en haut l'extrémité inférieure du métacarpien, à l'aide des premiers, en même temps qu'il repousse en bas l'extrémité supérieure de la phalange à l'aide des seconds. Le tout s'est fait presque sans effort, et l'on a aussitôt entendu un petit bruit de claquement accompagné de la rentrée des surfaces articulaires dans leur position normale. Le pouce a été entouré de compresses d'eau-de-vie camphrée ; une attelle a été placée à sa face palmaire, et le tout maintenu par une bande roulée. La malade a immédiatement senti ses douleurs cesser, s'est endormie une demi-heure après, et ne s'est réveillée qu'au bout de seize heures.

Deux jours après on a appliqué un appareil dextriné, et le surlendemain la malade est sortie avec recommandation de le garder pendant une quinzaine de jours.

On voit que le procédé employé avec tant de succès par M. Gerdy diffère des procédés ordinaires en ce qu'on applique la force extensive non sur l'extrémité inférieure de la phalange, mais sur la supérieure, où il y a un point d'appui beaucoup plus efficace.

M. Rognetta proposa, il y a une dizaine d'années, dans le n° de septembre 1835 du *Bulletin de thérapeutique*, un procédé analogue à celui-ci et que l'on exécute à l'aide d'un lacq appliqué derrière la tumeur osseuse, sous forme de nœud coulant. Nous préférerions de prime abord la manœuvre de M. Gerdy, comme plus simple d'exécution ; mais, en cas d'insuccès, on pourrait avoir recours au lacq de M. Rognetta, qui peut d'ailleurs aussi trouver très bien son application dans les luxations des dernières phalanges. Ce procédé ayant été déjà plusieurs fois employé avec succès, nous allons le rapporter ici tel qu'il est décrit par l'auteur.

« Prenez un très fort ruban de fil, doublez-le de manière à en faire un nœud coulant dans le milieu de sa longueur (nœud coulant dit des *emballeurs*) ; engagez le doigt luxé dans le nœud coulant, de manière que l'anse du cordon passe au delà ou derrière la phalange luxée ; passez ensuite autour de votre poignet droit, bien garni d'un mouchoir ou d'une compresse, les deux chefs du nœud coulant, et tirez avec force. Il est clair que le nœud placé derrière la tumeur formée par la phalange luxée arc-boute fortement contre cette tumeur à mesure qu'on le tire ; le nœud agit ainsi d'arrière en avant contre la phalange déplacée, et tend à repousser l'os à sa place naturelle au fur et à mesure que le nœud est serré davantage par l'extension et la contre-extension ; la réduction doit donc s'opérer spontanément. On voit que ce procédé repose sur une idée nouvelle, et qu'il consiste à repousser l'os déplacé en agissant sur sa propre tête à l'aide d'une force croissante qui ne peut glisser ni se décomposer comme dans les autres procédés. Il est donc incontestable qu'on peut réduire avec autant de facilité la phalangette du petit doigt que la grosse phalange du pouce à l'aide de ce procédé. »

(1) Pareille difficulté se retrouve pour la désarticulation de la troisième phalange des quatre derniers doigts. Si, après avoir taillé un lambeau à la face palmaire, on revient pénétrer dans l'articulation par la face dorsale, on a quelquefois toutes les peines du monde à achever l'opération, ce qui est dû à la contraction très vive du tendon du fléchisseur profond, qui ne saurait être vaincue à cause du peu de prise offert par la phalange, et le bistouri ne peut pas pénétrer. On tourne aisément cette difficulté, ainsi que l'indiquait dernièrement M. Maisonneuve dans un cours d'opérations, en amputant par la face palmaire ; car alors le tendon fléchisseur se trouve coupé le premier.

Chirurgie pratique.

III. Mémoire et observations sur l'efficacité des injections iodées dans les abcès fistuleux, les fistules, les kystes, etc., ou nouvelle méthode pour guérir promptement ces affections.

Dans un débat fort animé, qui fut soulevé il y a quelques mois au sein de l'Académie de médecine, à propos du traitement des hydarthroses par les injections iodées, diverses

critiques ont été adressées à cette nouvelle méthode. L'Académie n'était appelée qu'à discuter sur les injections articulaires ; mais le problème n'est pas resté dans ces étroites limites, on l'a, au contraire, étendu outre mesure, et dès le début il a perdu en précision et en utilité réelle ce qu'il a gagné en étendue et en agitation. Entre autres incidents qui ont fait oublier la question principale, on a discuté principalement sur la valeur des injections vineuses ou iodées dans le traitement de l'hydrocèle. Notre but n'est pas ici de démontrer lequel de ces deux traitements est le meilleur, ni de parler des avantages ou des inconvénients des injections iodées dans les articulations, mais bien de relever les injections iodées, considérées d'une manière générale, de toutes les accusations imméritées qu'on a lancées contre elles. A l'aide de faits bien observés et déjà nombreux, il nous sera facile de prouver non-seulement qu'elles ne sont pas dangereuses, inutiles comme on l'a dit, mais, au contraire, qu'elles sont innocentes, très utiles, très efficaces là où tous les moyens connus sont impuissants : c'est là le point important, nouveau, que nous voulons examiner.

Voyons donc si les injections iodées dans les abcès chroniques fistuleux, même dans les abcès récents, fistules, dans les tumeurs hydatiques, les kystes synoviaux, dans les cavités closes, en un mot, etc., constituent une méthode nouvelle ; si ensuite cette méthode est dangereuse, irrationnelle, ou bien si elle est utile et plus efficace que la plupart des moyens connus pour la cure prompte et radicale de ces affections.

D'abord, cette méthode est-elle nouvelle ? Quelle est l'origine et la cause des injections iodées ? doit-on à M. Lugol, comme il la réclame, cette application nouvelle des injections iodées ? Cette nouvelle extension de l'iode est à peine introduite dans le domaine de la science que déjà on réclame la gloire de son application. Dans une note insérée dans la *Gazette des hôpitaux*(1), M. le docteur Lugol réclame pour lui la priorité de ces injections iodées dans les abcès froids, les trajets fistuleux, l'hydrocèle, et prétend que MM. Martin, Velpeau et tous ceux qui ont fait usage de ces injections ont puisé dans ses travaux l'idée d'injecter une solution iodée dans la tunique vaginale, à l'exemple des mêmes injections qu'il faisait pratiquer depuis plus de seize ans dans les abcès froids. Cette réclamation de M. Lugol ne nous paraît pas sérieuse et nous a étonné à ce point que nous, qui connaissions parfaitement les travaux du savant médecin de Saint-Louis, nous n'avons pas pris dans ces travaux l'idée des injections iodées pour la cure des abcès ; cette idée, nous la devons aux recherches de M. Velpeau sur l'hydrocèle et aux résultats qu'il a obtenus dans cette affection traitée par les injections de teinture d'iode. Avant de discuter tous les points que nous venons d'énoncer, nous allons rapporter les observations sur lesquelles repose la valeur de la méthode que nous proposons.

On rencontre si souvent, dans l'exercice de la médecine, des cas où le praticien le plus éclairé ne peut obtenir la guérison par l'usage des moyens ordinaires, et où il a besoin de se rattacher aux observations connues, que nous n'avons pas cru devoir négliger de recueillir avec soin celles qui suivent. Elles ouvrent une nouvelle voie à l'extension d'une méthode thérapeutique déjà féconde en succès, et prouvent qu'à l'aide des injections iodées on peut guérir d'une manière facile, prompte et radicale, des abcès chroniques idiopathiques, des abcès froids, des trajets fistuleux, etc., qui, traités pendant longtemps par tous les moyens connus, avaient été abandonnés et regardés comme incurables. Voici ces observations : nous rapportons la première avec de longs détails, parce qu'elle a fixé l'attention de beaucoup de médecins, et que toute seule elle peut faire connaître l'efficacité de cette nouvelle méthode de traitement, en rappelant tout ce qui a été tenté inutilement pour obtenir une guérison qui semblait impossible.

Obs. 1. — *Vaste abcès de la fosse iliaque interne à la suite d'un bubon. — Injection iodée ; guérison rapide.* (*Gazette médicale*, année 1840, page 605.) — Un jeune homme de 27 ans, d'une taille moyenne, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, ayant au cou des ganglions engorgés, la poitrine peu large mais saine, et jouissant habituellement d'une bonne santé, a eu plusieurs maladies vénériennes, des écoulements, des chancres ; ces maladies ont duré pendant longtemps et ont guéri sans laisser de traces apparentes. Dernièrement, à la suite de nouveaux chancres, il survint un bubon dans l'aine droite : c'était vers la fin d'octobre 1838 ; ce bubon se termina par suppuration et par induration ; après sa guérison, il resta un engorgement non douloureux à la pression, indolent et dû à l'engorgement de quelques ganglions. Le malade suivit exactement un traitement antivénérien ; tous les jours, pendant deux mois, il a pris de la tisane et du sirop de salsepareille et 50 centigrammes de proto-iodure de mercure en 60 pilules. Des frictions avec l'onguent napolitain ont été faites sur la région inguinale ; un emplâtre de Vigo a été appliqué ; tous ces moyens n'ont pu faire disparaître en totalité cet engorgement, dont le malade n'éprouvait d'ailleurs aucune gêne. Il suivait toutes ses habitudes comme en bonne santé, vaquait à ses occupations de notaire sans même s'apercevoir que ses ganglions inguinaux étaient engorgés. Il resta ainsi pendant plus de trois mois et se croyait parfaitement guéri.

Un soir, après une course un peu longue, il ressentit dans l'aine droite où avait existé le bubon une douleur assez légère pour n'y pas faire beaucoup d'attention et ne pas l'empêcher de faire sa besogne accoutumée ; mais deux jours après l'apparition de cette douleur,

(1) Voy. plus loin, à la revue des journaux français, une analyse de cette note.

qui n'avait pas sensiblement augmenté, la région inguinale offrait une tuméfaction considérable; cette tuméfaction n'avait été annoncée par aucun symptôme particulier, si ce n'est la petite douleur ressentie deux jours auparavant.

A l'examen du malade, je fais les remarques suivantes : d'abord, on observe dans tout l'espace inguinal droit une tumeur à base large, mal circonscrite, bosselée, dure au toucher, située au-dessous du ligament crural qu'elle soulève. Il n'y a point de changement de couleur à la peau, point de douleur à la pression, point de fluctuation. La tumeur a le volume du poing; elle gêne un peu pendant la marche. M. le professeur Velpeau ne constate aucune fluctuation et conseille, sans se prononcer sur la nature de cette tuméfaction survenue d'une manière si prompte et si insidieuse, un traitement antivénérien, combiné à un traitement antiscrofuleux. Le malade assure n'avoir pas vu de femme depuis sa dernière affection vénérienne; d'ailleurs, il n'a point d'écoulement et la verge n'est le siége d'aucun chancre ni ulcération, pas plus que le membre inférieur de ce côté. Point d'hémorrhoïdes ni de fissure à l'anus, rien enfin qui puisse expliquer l'apparition de ce gonflement inguinal.

Trois jours après l'apparition de cette tumeur, la fluctuation devint sensible, mais dans un point très circonscrit. Une incision donna issue à une petite quantité de pus de bonne nature. Des raisons particulières s'opposant à ce que M. R... se traitât chez lui, il se rendit à la maison royale de santé, où il fut confié aux soins de M. le docteur Monod. Ce chirurgien le traita par les pilules de Sédillot. Une salivation abondante, des douleurs atroces dans la tête qui durèrent huit jours firent abandonner cette médication. Pendant deux mois que le malade est resté à la maison de santé, M. Monod n'a jamais pu, malgré tous ses bons soins, parvenir à tarir la suppuration fournie par l'ouverture que j'avais pratiquée. Ni les frictions avec différentes pommades, ni la cautérisation, ni une compression méthodique, n'ont pu en venir à bout, pas plus que l'application répétée de la potasse caustique, moyen à l'aide duquel il se proposait de détruire l'épaisseur des parties molles qui recouvraient le foyer purulent, de favoriser son évacuation, d'exciter son fond et le recollement de ses parois; tout fut inutile, et M. R... sortit de la maison de santé sans être guéri.

A cette époque, je pensais encore que nous avions affaire à un bubon suppuré; j'essayai, à mon tour, d'obtenir la guérison par une inflammation adhésive; pendant plus de deux mois je fis des efforts inutiles pour obtenir le recollement et la cicatrisation du trajet fistuleux qui existait; l'introduction de mèches de linge effilé, de sondes en gomme élastique trempées dans du nitrate acide de mercure, plusieurs cautérisations avec la pierre infernale, la compression, tout enfin échoua devant cette fistule. Je me décidai alors à inciser la peau amincie, désorganisée et impropre à la cicatrisation, qui recouvrait le fond du foyer, pour le panser à plat. Pendant deux jours le malade va bien, il ne s'écoule ni pus ni sérosité; mais le troisième il survint de la fièvre, de la douleur avec tension dans le bassin, la région inguinale et jusque dans le genou. Je suis obligé d'enlever le pansement, et aussitôt une quantité considérable de matière purulente s'échappe, en ruisselant du milieu de la plaie, par un orifice étroit, sinueux, situé à 27 millimètres au-dessous du ligament de Poupart; un stylet introduit par cet orifice ne peut pénétrer, quelque précaution que je prenne, qu'à 41 et 54 millimètres de profondeur. Cette exploration vint encore raffermir ma première opinion, qui était que j'avais affaire à une fistule aboutissant à un ganglion suppuré dont le siége était profond. Guidé par cette idée, je revins encore à l'introduction des bougies, à la cautérisation, à la compression, en même temps que le malade fut soumis à un régime tonique et à un exercice modéré. Je continuai ainsi, inutilement pendant plusieurs semaines, sondant de temps en temps cette fistule pour m'assurer de son état; rien ne put diminuer la suppuration, et son abondance était si grande que je ne pouvais me l'expliquer avec une fistule de la nature de celle que je supposais; en outre, le malade accusait assez fréquemment (lorsque l'ouverture fistuleuse venait à se fermer) des douleurs dans le bassin, la hanche, la cuisse, et même jusque dans le genou, etc. Tout cela me fit soupçonner une lésion plus grave et plus profonde, une coxalgie peut-être, ou bien une carie de l'os des iles ou de la colonne vertébrale; cependant, excepté les douleurs que je viens de signaler, les symptômes d'une coxalgie n'étaient rien moins qu'évidents. Vingt fois déjà j'avais introduit un stylet dans toutes les directions, et jamais je n'avais pu pénétrer au delà de 5 à 6 centimètres, lorsque tout d'un coup l'instrument s'enfonça à une profondeur de plus de 15 à 16 centimètres dans la direction de la fosse iliaque interne. Cette exploration fut suivie d'un écoulement considérable de pus. L'obstacle qui jusque-là m'avait empêché d'aller plus loin était probablement une bride ou un ganglion qui se trouvait à 5 ou 6 centimètres de l'ouverture fistuleuse. Pour franchir cet obstacle, il suffisait d'imprimer au stylet un mouvement de bascule en le dirigeant de bas en haut et de dedans en dehors. A partir de ce moment, ma manière de penser sur la nature et le siége de cette affection se modifia complètement; mais une autre difficulté se présenta aussitôt : existait-il seulement un abcès de la fosse iliaque ou un abcès par congestion, provenant de la carie de la colonne vertébrale ou des os environnants?

Le siége de cet abcès ouvert à un pouce au-dessous du ligament de Poupart, la diminution de l'engorgement des ganglions, la profondeur du trajet fistuleux, surtout sa direction, la marche insidieuse de cette ma-

ladie à son début, son opiniâtreté à ne pas guérir, les antécédents du malade, sa constitution scrofuleuse, les douleurs de la hanche, de la cuisse, etc., l'absence de douleurs du côté de la colonne vertébrale, les mouvements faciles de l'articulation coxo-fémorale, me portèrent à croire qu'il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque, ayant pour cause la fonte des ganglions profondément situés dans la région inguinale et dans le bassin. Dans tous les cas la guérison me paraissait difficile, et avec d'autant plus de raison que depuis plus de six mois tout ce qu'on avait tenté n'avait été suivi d'aucun bon résultat. Tous mes efforts tendidirent alors à vider ce foyer, à déterminer une inflammation adhésive de ses parois. Pendant longtemps tous mes soins restèrent inutiles. J'avais essayé plusieurs injections émollientes qui n'avaient produit ni bien ni mal. Ne sachant plus que faire, j'eus la pensée de faire dans ce foyer une injection iodée; ce moyen extrême ne me paraissait pas sans danger; mais avant de le mettre en usage, je voulus m'aider des lumières de quelques-uns de mes confrères. On consulta séparément MM. Roux, Sanson et Bérard jeune, qui conseillèrent, le premier, d'aller au mont d'Or et de voyager; le deuxième, de faire usage de pilules fondantes, de maintenir béante l'ouverture fistuleuse, de suivre un bon régime, etc. Cette opinion fut aussi celle de M. Bérard, qui, de plus, conseilla quelques injections détersives, le changement d'air et le séjour à la campagne. Muni de ces consultations, M... se rendit dans son pays, d'où il revint sans être guéri, deux mois après, pour se soumettre aux injections iodées que je lui avais conseillées. Le sejour à la campagne n'avait apporté aucune amélioration dans son état; la suppuration n'avait pas diminué; le trajet fistuleux était large et admettait facilement une sonde n° 9, que le malade introduisait soir et matin pour empêcher le pus de séjourner. Une bougie pénétrait à 18 ou 20 centimètres de profondeur, et si, lorsqu'on était au fond du foyer, on cherchait à faire pénétrer la sonde plus avant, le malade ressentait à l'instant des douleurs très vives dans la région lombaire, s'irradiant dans la hanche et la cuisse et jusque dans le genou. Plusieurs fois, à la suite de ces explorations, auxquelles se livrait assez fréquemment notre malade, pour savoir si le mal augmentait ou diminuait, il sortait du pus teint de sang.

Je fis d'abord pendant une semaine des injections émollientes, puis, le 1er décembre 1839, je poussai dans le foyer une injection iodée. J'y procédai de la manière suivante: avec une sonde en gomme élastique, n° 10, introduite jusqu'au fond de l'abcès, je fis une injection composée de teinture d'iode 8 grammes, et eau distillée 125 grammes. Pendant cette injection, M... accusa une vive douleur dans la région lombaire, ce qui m'empêcha de pousser une plus grande quantité de liquide; il y en avait environ 75 à 80 grammes. Une partie de l'injection, que je laissai une minute environ, s'écoula en retirant la sonde, et le reste demeura dans le foyer. Pour prévenir une inflammation trop intense, ou au moins dans l'intention de la modérer, j'avais ordonné le repos, des cataplasmes émollients, etc. Mais, après cette injection, le malade, ne souffrant pas plus que d'habitude, sortit toute la journée, malgré ma défense, et ne rentra que le soir, lorsqu'il commençait à souffrir dans la hanche et à éprouver de la difficulté à marcher. Le surlendemain de cette injection, une forte fièvre se declara, accompagnée d'une réaction générale très intense; la région inguinale devint très tuméfiée, très douloureuse à la moindre pression; le flanc droit, la hanche, la cuisse furent le siége d'une sensibilité très grande, etc. La position horizontale, des cataplasmes émollients, la diète, etc., firent promptement disparaître l'acuité de tous ces symptômes inflammatoires, mais la suppuration devint plus intense qu'elle n'avait jamais été; le pus était de bonne nature. Cet écoulement diminua promptement et progressivement, et le malade quitta le lit et la chambre au bout d'une semaine; n'espérant aucun bon résultat de cette injection, il reprit ses occupations. Comme il avait l'habitude de porter un bandage, que je lui avais fait faire exprès, pour comprimer la région inguinale et abdominale, dans le but de rapprocher les parois du foyer, il appliqua ce bandage, mais c'était plutôt pour se garantir du pus qui s'écoulait durant le jour, pendant qu'il allait et venait, que dans un autre but: car il ne comptait pas plus sur l'efficacité de ce bandage que sur celle de l'injection qu'il venait de souffrir. Il devait en être autrement; et, contre notre attente, la guérison arriva avec une rapidité vraiment surprenante; la suppuration cessa presque tout d'un coup et si complètement que douze jours après l'injection la fistule était tout-à-fait tarie et son orifice oblitéré. Le malade était radicalement guéri. M... avait vu si souvent la fistule se boucher, puis le pus s'accumuler dans le foyer, donner lieu à des douleurs et à des accidents qui ne cessaient que lorsque l'établissement du pus se rétablissait, qu'il n'osait encore se féliciter de sa guérison. Elle ne s'est pas démentie depuis ce moment; et aujourd'hui, plus de six ans après l'opération, M..., qui est notaire, jouit d'une très bonne santé. Il a pris de l'embonpoint et n'a jamais ressenti la plus légère douleur dans l'endroit où siégeait cet abcès.

Des conséquences pratiques du plus haut intérêt pour la thérapeutique des abcès chroniques, fistuleux, nous paraissent découler de cette seule observation, qui d'ailleurs mérite l'attention à d'autres égards. D'abord ne prouve-t-elle pas l'innocuité et en même temps l'utilité des injections irritantes, au moins dans certains cas? ne démontre-t-elle pas, comme M. le professeur Velpeau l'a si bien établi pour les hydrocèles, que la teinture d'iode est une substance absorbable, dont l'infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangréneuses; qu'elle peut mieux que les injections vineuses, avec moins d'em-

barras et plus promtement, amener une inflammation adhésive? Il est vrai que les circonstances dans lesquelles nous agissions n'étaient pas les mêmes; ce n'était plus dans une tunique vaginale que nous faisions une injection iodée, mais bien dans le foyer d'un vaste abcès, entouré d'un tissu cellulaire abondant, de nerfs, de vaisseaux, de muscles, etc., recouverts d'une membrane séreuse très prompte à s'enflammer à la moindre occasion. Cette circonstance du voisinage du péritoine était bien de nature à nous donner des inquiétudes, que le résultat que nous avons obtenu pouvait seul dissiper. En poussant une injection pareille dans un foyer aussi vaste, situé sous le péritoine, nous craignions beaucoup et nous devions craindre que cette membrane, venant à s'enflammer, ne fût cause d'accidents plus graves que ceux que nous avions à combattre. Cette crainte eût sans doute suffi pour nous arrêter dans l'emploi de ce moyen, si l'espèce d'analogie que nous croyons trouver entre une tunique vaginale et la poche des abcès qui suppurent depuis longtemps ne nous avait pas un peu rassuré. On sait, en effet, que les parois des abcès anciens sont tapissées de fausses membranes, d'une couche épaisse, d'une pseudo-membrane en un mot, qui, en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat des liquides contenus dans l'abcès. On sait encore que le tissu cellulaire qui a été enflammé devient plus dur, plus dense, plus resserré, est infiltré de sérosité de lymphe plastique qui le prive de ses facultés absorbantes. Ces considérations nous engagèrent à faire cette injection; tout s'est passé heureusement chez notre malade, à cela près d'une inflammation plus forte, comme dans un cas simple d'hydrocèle, et la guérison n'a pas été plus longue à attendre. Cependant cette injection donna lieu à de violents symptômes de réaction, lesquels nous firent penser tout d'abord que nous n'obtiendrions aucun bénéfice de notre tentative, puisqu'au lieu d'une inflammation modérée, adhésive, il était survenu une inflammation suppurative des plus fortes.

Ce fait devra donc nous servir d'avertissement utile pour l'avenir, en nous apprenant à moins craindre ces vives inflammations et à les considérer, sinon comme nécessaires, au moins comme peu nuisibles à la guérison; peut-être même cette influence a-t-elle été avantageuse, en déterminant un gonflement général des parois du foyer; celles-ci, rapprochées de cette façon au contact les unes des autres, ont pu établir des adhérences entre elles et produire ainsi leur adhésion complète.

Désormais il reste donc établi, par ce seul fait, qu'on peut, sans danger, employer les injections iodées dans d'autres maladies que dans les hydrocèles, et nous en profiterons pour dire en passant qu'en général on emploie peut-être trop rarement les injections détersives et irritantes, et que de nos jours nous avons peut-être tort de négliger un genre de médication auquel les anciens avaient recours plus souvent.

Depuis la publication de cette observation, nous avons eu recours à ces injections dans plusieurs cas où tous les moyens ordinaires n'avaient pas réussi, et toujours nous les avons employées avec succès. — En voici plusieurs exemples que nous extrayons d'un mémoire sur les fistules laryngées externes, que nous avons publié dans la *Gazette médicale* (1).

Obs. 2. — Une dame de Mamers, âgée de 28 à 30 ans, ayant habituellement une bonne santé, vint me consulter pour une fistule laryngée externe qui avait été traitée pendant plusieurs années par tous le moyens imaginables. Cette fistule n'avait pu être guérie; j'essayai moi-même une opération qui consista à disséquer minutieusement les parois et le fond de cette fistule, espérant, par cette dissection, enlever la fausse membrane ou le kyste qui s'opposait à la cicatrisation. Cette opération n'eut aucun succès et la fistule se reforma presque aussitôt. Ayant affaire à une malade qui ne voulait pas entendre parler d'opération, j'eus recours à une injection avec la teinture d'iode pure, je la fis de manière à faire pénétrer le liquide injecté dans tous les points du foyer fistuleux, et huit jours étaient à peine écoulés que la fistule était radicalement guérie. J'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de cette dame dont la guérison est parfaite.

Obs. 3. — En 1842, un négociant de Paris avait une tumeur au cou que je pris d'abord pour une hydrocèle et qui n'était autre chose qu'un abcès froid qui s'était développé avec une extrême lenteur. J'ouvris cet abcès qui devint fistuleux. Ce fut en vain que je cherchai à guérir cette fistule par tous les moyens possibles, par les incisions, les cautérisations, la compression, etc.; rien ne put en venir à bout. Ne sachant plus que faire, j'employai l'injection iodée sur laquelle je comptais peu et que d'ailleurs je redoutais, en raison du lieu où siégeait le mal; puis je n'étais pas bien sûr qu'il n'existât pas une communication dans le larynx; cependant rien ne me le démontrait. Dans cette position douteuse, j'eus recours à la teinture d'iode pure que j'injectai dans cette fistule. Le malade souffrit beaucoup; mais le résultat dépassa mes espérances, la guérison eut lieu très rapidement et ne s'est pas démentie depuis ce jour.

Obs. 4. — Dans le courant de l'année 1844, M. S., artiste musicien, me demanda des conseils pour une affection vénérienne, caractérisée par des ulcérations dans la gorge, etc. — Ce malade, d'une assez mauvaise constitution, portait au cou un chapelet de ganglions. L'un d'eux s'étant enflammé, il en résulta un abcès qui vint se former à la partie inférieure du larynx, sous l'aponévrose cervi-

(1) Numéros 28 et 29, juin 1846.

cale superficielle. L'ouverture de cet abcès resta fistuleuse; sa guérison ne put être obtenue, malgré les soins locaux et généraux, le bon régime auxquels fut soumis ce malade. Plusieurs incisions des parois de cette fistule, la cautérisation avec la pierre infernale, la compression, échouèrent également. Une seule injection iodée amena, en quelques jours, ce que je n'avais pu obtenir pendant plusieurs mois par tous les moyens conseillés en pareille occurrence. Depuis deux ans ce malade n'a pas vu reparaître sa fistule, et sa santé est excellente sous tous les rapports. Pour cette injection, je m'étais servi de la teinture alcoolique d'iode, non mélangée d'eau.

(*La suite au prochain n°.*)

BOINET, D. M.

Obstétrique.

IV. Du traitement de la rétroversion utérine pendant la grossesse.

La rétroversion de l'utérus en état de gestation, et surtout vers le quatrième mois de grossesse, est regardée à juste titre comme une maladie très grave, qui, si elle n'est pas combattue à temps, détermine ou un avortement, ou la rupture de la vessie, ou une métro-péritonite, et dont la mort est souvent la suite.

Ces accidents sont occasionnés par l'espèce d'étranglement qu'éprouve l'utérus fortement pressé entre le corps des pubis et la concavité du sacrum.

Une autre cause de gravité est la difficulté que les praticiens ont éprouvée jusqu'ici à replacer l'utérus dans sa position normale; ce qui tient à la saillie de l'angle sacro-vertébral qui arrête le fond de l'utérus lorsqu'on le repousse, et au poids des viscères qui portent sur sa face antérieure devenue supérieure.

L'on peut juger de la difficulté qu'ont trouvée des praticiens très recommandables par la gravité des moyens qu'ils ont conseillés et employés pour remédier à cet accident, dont la cure est complète dans la plupart des cas aussitôt que vous êtes parvenu à replacer l'utérus dans sa position normale. A moins que des accidents inflammatoires ou des ruptures n'aient eu lieu, nous commençons par vider le rectum et la vessie. Toute difficulté dans la réduction disparaît alors, si l'on a le soin de disposer la malade de telle sorte que le poids des intestins soit enlevé, et que l'on n'ait plus à vaincre que l'obstacle offert par l'angle sacro-vertébral. C'est ce que nous pensâmes dès 1839, lorsque nous eûmes réussi, par la position seule, à faire disparaître des antéversions utérines; observations que nous avons publiées en 1842 dans les Annales d'obstétrique.

Depuis lors nous avons eu occasion d'observer trois cas de rétroversion. Dans les deux premières observations, nous avons placé nos malades comme pour l'antéversion, les mains sur le sol et les cuisses appuyées sur le bord du lit; la position n'a pas suffi, et nous avons été obligé de refouler l'utérus avec les doigts introduits dans le rectum. Nous préférons nos doigts à la baguette d'Evrat, vu que nous sentons infiniment mieux ce que nous faisons et à quelle force nous avons recours.

Dans la troisième observation, nous ne mîmes pas en usage cette position très gênante; nous nous bornâmes à produire un plan incliné du bassin au diaphragme, et les intestins, entraînés par leur poids, laissèrent l'utérus libre et nous permirent d'agir avec efficacité et dans fort peu de temps.

C'est du reste la position conseillée d'abord par G. Hunter, puis par Boyer, et à laquelle les praticiens semblent avoir renoncé, bien à tort croyons-nous.

Aussi conseillons-nous d'y avoir toujours recours, et je suis persuadé que le succès couronnera presque toujours les efforts de ceux qui l'emploieront avec persévérance, à moins que déjà une inflammation adhésive n'eût lieu entre les parties.

Les trois observations suivantes viendront, je pense, corroborer cette manière de voir.

OBS. 1. *Rétroversion utérine par une cause externe, et faite en deux temps.* — Jeanne-Marie L..., âgée de trente-trois ans, d'une haute stature, déjà mère de deux enfants, était enceinte de trois mois, lorsque, le 8 janvier 1842, elle tomba sur le siége d'une hauteur de dix pieds. Elle ressentit immédiatement des douleurs lombaires et de la difficulté à uriner. Cette difficulté dans l'excrétion de l'urine cessait en partie lorsqu'elle se portait en avant pour satisfaire à ce besoin. Cette fille ayant une diarrhée habituelle ne remarqua aucun changement dans l'excrétion des fèces.

La fille L... resta dans cet état et continua ses occupations jusqu'au 16 février. Ce jour, ayant fait beaucoup d'efforts pour soulever une pierre plate très pesante qu'elle déplaça d'environ 25 mètres, les douleurs augmentèrent, et il lui devint impossible d'uriner, malgré les efforts continuels auxquels elle se livra pour y satisfaire le reste de la journée et toute la nuit du 16 au 17. Cette fille, alors grosse de plus de quatre mois, croyant que les accidents qu'elle éprouvait étaient les résultats d'un avortement imminent, se rendit à la salle d'accouchements le 17. Mandé près d'elle à huit heures, je la trouvai dans l'état suivant:

Agitation extrême, figure injectée, pouls normal, ventre tendu et sensible, ténesme vésical.

Ayant pratiqué le toucher vaginal pour constater l'état de la matrice, je trouvai une rétroversion utérine. En effet, le col était situé en avant et en haut derrière le pubis, où il comprimait l'urèthre; le fond était dirigé en bas vers le coccyx; le corps remplissait l'excavation et ne pouvait être déplacé avec le doigt.

Pour soulager au plus tôt cette malheureuse, je voulus évacuer l'urine avec une sonde de femme; mais, quoiqu'elle fût passablement recourbée, il me fut impossible de pénétrer dans la vessie, et, n'ayant pas d'algalie sur

moi, je dus m'abstenir pour le moment. Je fis placer la malade sur le bord d'un lit, la tête et les mains sur le plancher, la partie antérieure des cuisses et des jambes reposant sur le lit, position qui ne put être conservée, tant était grande l'agitation. Alors je me bornai à la mettre à genoux, la tête reposant sur le lit; de cette façon j'établissais encore un point de déclivité vers le diaphragme, sur lequel les intestins devaient se porter.

Cette fille conserva cette position pendant trois quarts d'heure sans que l'utérus changeât de place. Deux lavements furent administrés, et je pratiquai le cathétérisme, qui évacua environ un litre et demi d'urine, ce qui calma la malade.

A neuf heures, un grand nombre d'élèves étant réunis, je procédai à la réduction.

La malade, toujours dans la même position, mais les cuisses écartées, fut soutenue par des aides, et, me plaçant derrière elle, j'essayai, mais inutilement, de réduire la matrice, en agissant par le vagin; alors, abandonnant cette voie, je pus, en procédant avec une extrême lenteur, introduire dans le rectum, sans grande douleur pour la patiente, les quatre doigts de la main droite, préalablement enduits d'un corps gras; je refoulai alors très facilement et très promptement le fond de l'utérus au-dessus de l'angle sacro-vertébral. Pendant que je refoulais l'utérus, ayant voulu introduire l'indicateur gauche dans le vagin pour accrocher le col, il me fut impossible d'y parvenir, les doigts remplissant le détroit inférieur.

L'utérus réduit, je ne permis à la malade de changer de position qu'une heure plus tard, et alors elle fut portée dans son lit, et y fut couchée sur le côté droit, la tête basse et le siége élevé par des oreillers; elle dut garder cette position jusqu'au lendemain.

Prescription : orge miellée, bouillon.

Le 18 au matin, le pouls donnait 80 pulsations; de la douleur et de la tension existaient dans la fosse iliaque gauche.

Prescription : saignée du bras de 500 grammes, cataplasmes sur le ventre, lavement émollient, orge miellée, bouillon, décubitus sur le dos, le siége élevé.

Le 19, pouls à 68; la douleur iliaque persiste seule.

Prescription : douze sangsues *loco dolenti*, cataplasmes, lavement, bouillons, même position.

Le 20, tous les symptômes fâcheux ont disparu; deux soupes.

Le 21 et le 22, cette fille se porte bien, et retourne chez elle le 23 avec injonction de garder le repos encore quelques jours. Depuis lors L... n'a plus ressenti aucune incommodité, et la grossesse ayant parcouru toutes ses périodes, elle est heureusement accouchée.

Obs. 2.—*Rétroversion à marche chronique. Imminence d'avortement.*— Le 8 février 1843, je fus appelé à sept heures du soir auprès de la femme M..., âgée de vingt-cinq ans, déjà mère, et grosse de trois mois et demi environ.

Cette femme éprouvait depuis quinze jours des pesanteurs dans le bassin et de la difficulté à uriner; malgré cela elle continuait de s'occuper de son ménage, et ne suivait aucun traitement. Le 8 elle fut prise de besoins continuels d'uriner, avec impossibilité de le faire; alors, par l'avis d'une voisine, elle fit usage d'une tisane nitrée, qui fut loin d'améliorer son état. La vessie, distendue outre mesure, lui fit éprouver de violentes douleurs, et la malade se tordait sur son lit en poussant des cris plaintifs. C'est alors que je fus appelé.

La vessie remontait presque à l'ombilic, la peau était chaude, la bouche sèche, le pouls fréquent; il s'écoulait par les parties génitales quelques glaires sanguinolentes. Le toucher me fit reconnaître le col utérin légèrement entr'ouvert en avant et un peu en bas derrière les pubis, et le fond de l'organe reposant sur le sacrum.

Une algalie introduite dans la vessie évacua deux litres d'urine. Ayant ensuite fait placer la malade sur le bord de son lit, la tête et les mains sur le plancher, après vingt minutes d'attente, ne trouvant pas de changement, je procédai à la réduction, sans permettre à la malade (que son mari soutenait) de changer de position. A peine avais-je fait par le vagin quelques tentatives avec l'indicateur droit pour repousser le fond de l'utérus au-dessus de l'angle sacro-vertébral, que la réduction s'opéra. Je n'eus point besoin d'agir sur le col; la malade fut mise dans son lit, couchée sur le côté gauche, la tête basse et le siége élevé par des oreillers, avec injonction de rester ainsi jusqu'à ma visite du lendemain, et je prescrivis de l'eau édulcorée avec du sirop de vinaigre pour tromper la soif, avec conseil de peu boire.

Cette malade, fort indocile, suivit très mal mes prescriptions; elle retira les oreillers de dessous le siége, se coucha sur le dos la tête élevée, et but beaucoup.

Aussi le 9 au matin je la trouvai en état de récidive, et la vessie distendue par plus d'un litre d'urine que j'évacuai avec la sonde.

Je fis administrer un lavement, et, lorsqu'il fut rendu, je procédai à la réduction, de la même façon et avec la même facilité que la veille.

La malade, rendue plus sage par cette rechute, garda la position voulue jusqu'au 12 du même mois, époque où je lui permis de se placer comme elle voudrait, tout en gardant le lit. Aucun accident n'étant venu enrayer la guérison, je me suis borné à lui prescrire des lavements et de l'eau d'orge. Depuis le 18 février cette femme a repris ses occupations habituelles.

Obs. 3.— *Rétroversion utérine. Imminence d'avortement.*— Madame G..., primipare, enceinte de quatre mois, et présentant une concavité très prononcée du bassin. La base du sacrum s'est portée en avant, tandis que sa

pointe s'est relevée ; disposition qui probablement a été pour quelque chose dans le déplacement de l'utérus.

Cette femme éprouvait depuis quelques jours des coliques, de la difficulté à rendre l'urine et les matières, lorsque, le 25 février 1846, il lui fut tout-à-fait impossible d'uriner, d'où coliques vives avec besoin continuel de pousser.

Un médecin fut appelé, qui, croyant à une affection nerveuse, prescrivit une potion opiacée, des lavements et une infusion de tilleul.

Le lendemain, même état, même traitement.

Le surlendemain, 27 février, je vis la malade à six heures du soir. Je trouvai cette femme dans son lit, roulée sur elle-même ; le pouls est petit et la peau chaude, la langue sèche, le ventre sensible ; à peine le touche-t-on que la malade jette des cris, la vessie remonte jnsqu'à l'ombilic; la malade éprouve un besoin continuel d'aller à la garde-robe et d'uriner, et ne sent rien. L'ayant touchée, je trouvai toute l'excavation du bassin remplie par le corps de l'utérus, renversé en arrière ; le fond regarde en bas et en arrière ; le col, situé en avant et en haut derrière les pubis, présente une dilatation de son orifice qui permet d'y introduire très facilement le doigt. Il ne me fut pas difficile de diagnostiquer une rétroversion de l'utérus.

Mon premier soin fut de sonder la malade : je retirai deux litres d'urine. Dès lors elle sentit un grand soulagement, et l'on put toucher le ventre sans occasionner de grandes douleurs (la région hypogastrique était vide).

Je fis alors placer la malade sur les genoux de façon à ce que la poitrine touchât le lit et que le siége fût le plus élevé possible ; en la découvrant, je m'aperçus de l'énorme saillie que faisait le sommet du sacrum ; le coccyx se retournait en dedans.

Comme je n'avais point réussi par la position seule dans les précédentes observations, et que la malade très fatiguée n'eût que difficilement supporté cette position, je m'empressai d'agir de suite.

J'introduisis dans le rectum l'indicateur et le médius préalablement huilés. Après quelques minutes d'efforts, j'eus le bonheur de sentir l'utérus reprendre sa position verticale.

Pendant cette manœuvre, je pus constater une énorme saillie de l'angle sacro-vertébral. La femme conserva la position indiquée jusqu'au lendemain matin; il y eut excrétion d'urine pendant la nuit, quoique je n'eusse permis que quelques tranches d'orange pour tromper la soif.

Le 28 au matin, le col est refermé et occupe le centre du bassin, et l'on peut parfaitement sentir le globe utérin dans la région hypogastrique.

La malade fut couchée sur le côté, le siége étant maintenu plus élevé que le tronc par des oreillers. Le ventre est un peu sensible. L'on posa 12 sangsues sur la région hypogastrique, puis des cataplasmes; un lavement émollient, un bain entier tiède, des bouillons et de la limonade furent en outre prescrits.

Le lendemain, 1er mars, la malade allait très bien; on supprima les cataplasmes, et on permit le décubitus dorsal.

Le 2 mars, je suspendis mes visites, en conseillant de garder le lit encore pendant quelques jours.

—Comme on le voit par ces trois observations, la réduction a été très facile, ce que nous attribuons au plan incliné que nous établissons du bassin vers le thorax, tandis que d'autres praticiens qui n'y avaient point recours ont trouvé des difficultés telles qu'ils ont eu recours à la ponction de l'utérus et de la vessie.

Pour nous résumer, nous croyons qu'avec le plan incliné on parviendra toujours à réduire la rétroversion utérine dans les quatre premiers mois de la grossesse, à moins que l'on n'ait affaire à une rétroversion congéniale ou à un utérus maintenu dans cette position vicieuse par des adhérences morbides.

A. Godefroy, D. M. P.
Professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine de Rennes.

V. Médecine navale.

VII.

Applicata. —Des vêtements (1).

> « Prescrire soigneusement aux hommes quittant le quart de changer leurs vêtements mouillés avant de se livrer au sommeil, et, malgré la chaleur des régions intertropicales, leur enjoindre de se vêtir du pantalon de drap et de la chemise de laine pendant le quart de nuit : cette seule précaution peut les préserver des diarrhées et de la dysenterie, si meurtrières dans ces parages. »
>
> (Le dr Kéraudren.)

Des mammifères l'homme est le plus sensible, le plus impressionnable et pourtant le moins couvert. Il n'a qu'un vestige de la fourrure des animaux de cette classe dont il occupe le premier rang; aussi a-t-il toujours senti la nécessité de demander à la nature les moyens de se soustraire à l'action des corps extérieurs, de se garantir des vicissitudes de l'atmosphère.—Ces moyens sont les vêtements, qui, pour le marin, doivent avoir des qualités spéciales, dont la raison est dans la succession journalière des influences auxquelles il est soumis, dans sa vie nomade, dans ses habitudes, dans ses travaux.

---

(1) Voyez les nos de décembre 1844, janvier, février, avril et juillet 1845, février 1846.

Les matières employées pour la confection des vêtements sont animales ou végétales : la laine, le coton, le lin.— Elles remplissent les indications : elles retiennent, selon le besoin, le calorique à la surface du corps, ou nous isolent de la chaleur ambiante. Avec tous les auteurs nous mettons la *laine* en première ligne; après elle vient le coton, puis le lin, puis la soie. Les couleurs claires sont préférables dans toutes les saisons, dans tous les climats; en été, et toutes les fois que le soleil est brûlant, les rayons calorifères sont réflechis sur le *blanc*, absorbés par le *noir*; en hiver, à l'ombre, et l'ombre à cette époque est la condition la plus ordinaire, le *blanc* retient notre chaleur naturelle, le *noir*, au contraire, facilite son rayonnement. L'ampleur convient pour le chaud; elle favorise la ventilation; dans les régions équatoriales, le matelot n'est à l'aise que sous de larges habits; dans le nord, au sein des frimas, l'étroitesse abrite beaucoup mieux, cependant elle ne lui convient guère; elle contrarie, borne, arrête les mouvements. —Nous dirons donc, pour nous résumer : Les tissus des vêtements de l'homme de mer doivent changer avec les saisons, avec les habitudes; il serait rationnel de leur conserver partout et toujours une teinte claire. Dans la marine marchande, où chacun suit son caprice, on remarque beaucoup de paletots jaunes ou jaunâtres : une ancienne tradition donne ce conseil et, soyons-en sûrs, elle a eu pour point de départ l'observation. A plusieurs époques, on a voulu faire des bataillons de marins, imposer à nos équipages des vaisseaux de guerre la tenue sévère du soldat : chaque tentative a été infructueuse; elle a démontré que des obligations toutes différentes modifiaient les besoins. En effet, le fusilier se meut presque constamment dans une situation verticale; il n'a jamais à déployer, comme le matelot, toute sa force musculaire; il n'a jamais non plus à effectuer ces mouvements si brusques, si multipliés, si variés, de la tête sur le tronc, du tronc sur les appendices abdominaux. Les vêtements étroits n'augmentent l'activité, l'énergie musculaire, qu'autant qu'ils serrent également toutes les parties du corps, qu'ils ont l'élasticité du tricot dont se servent les sauteurs; autrement ils exercent des pressions isolées, ils étranglent les membres, contrarient leurs contractions, gênent, fatiguent, nuisent à la santé, en ralentissant, par exemple, la circulation de certains vaisseaux, et prédisposent aussi aux vertiges, aux congestions, à l'apoplexie. — Pour conserver l'entière liberté de ses mouvements, ne point être arrêté dans sa course rapide, dans un moment décisif, le marin veut des vêtements *amples*, *courts*, peu *embarrassants*; les pans, quelque rétrécis qu'ils soient, en se pinçant dans une poulie ou ailleurs, pourraient compromettre son existence ou la manœuvre. — A terre, dans toutes les conditions, on change d'habillement en passant d'une saison à l'autre; à la mer on ne saurait échapper à cette règle, elle exige même une application plus fréquente qui n'a rien de fixe, rien de régulier; le bâtiment, selon sa mission, court du sud au nord, du nord au sud, du chaud au froid, du froid au chaud, en un an il double, triple pour ses habitants et l'hiver et l'été. Dans une contrée quelconque, en passant d'une saison à l'autre, l'homme doit avoir grand soin de ne pas opérer ce changement d'une manière prématurée; à bord, si l'on ne se conduisait point avec une égale prudence, il en résulterait sinon des accidents, au moins des inconvénients journaliers, des indispositions. En général, il y a moins de danger à conserver un peu trop longtemps ses habits d'hiver qu'à prendre trop tôt les habits d'été; à déposer avant le froid les vêtements légers qu'à attendre qu'une sensation pénible en impose l'obligation. Dans les régions intertropicales, il n'est pas rare de voir le thermomètre baisser la nuit de plusieurs degrés; à 2 heures après midi, il est difficile de se dérober à l'action d'un soleil brûlant, la chaleur est accablante; à 2 heures après minuit, cet astre a perdu son influence et, par comparaison, le froid est manifeste.— Cette observation conduit à des déductions pratiques dont l'oubli n'est pas permis : dès le coucher du soleil, on remplacera les vêtements légers, en toile, par ceux de laine; de cette manière on préviendra les affections catarrhales, les bronchites, les conjonctivites, les otites, les rhumatismes, dont la persistance à la mer est si grande lorsqu'on n'a pas su les prévenir.

La garde-robe du marin ne peut être étendue; il faut la proportionner à l'emplacement étroit que le règlement lui accorde. Il a pourtant besoin de deux rechanges au moins : un d'été, un d'hiver. Anciennement on lui laissait le soin d'y pourvoir; cette manière de faire était vicieuse, on l'a reconnu. Dans son insouciance, dans son imprévoyance ordinaire, il partait avec un bagage si mesquin que, dès le commencement du voyage, il manquait du nécessaire. Tout est changé aujourd'hui : des ordonnances fixent le nombre et la forme des vêtements qui reviennent à chacun sur les vaisseaux de guerre. — Quoi qu'il en soit, on n'a pas atteint le degré de perfection désirable et nous entrevoyons des modifications avantageuses à y apporter. Pour procéder avec ordre, allons *de capite ad calcem*. Dans son Traité de médecine navale justement estimé, le docteur Forget voudrait que le matelot restât tête nue, hors les temps de pluie et de soleil. Nous ne sommes pas de son avis. Cette pratique serait vicieuse à nos yeux; s'il faut redouter sur la tête les vêtements lourds, pesants, il faut éviter avec le même soin de la découvrir entièrement : dans le premier cas on prédispose aux congestions cérébrales, dans le second on favorise les fluxions catarrhales de la tête, de la poitrine, etc., par les courants d'air auxquels on l'expose soudainement; se couvrir la tête est une habitude contractée dès l'enfance; cette habitude plus tard est un besoin qui ne veut pas d'intermittence. A ces objections ajoutez des motifs puissants encore : à bord les

cheveux libres se crassent, le goudron s'y attache; ils se feutrent, irritent le cuir chevelu, diminuent ou arrêtent la perspiration; de plus enfin, sans coiffure, au milieu tant de causes vulnérantes, le matelot reçoit des chocs fâcheux, et la crainte de se heurter le front contre les corps durs, anguleux, au milieu desquels il se glisse, cette crainte, dis-je, le retient, diminue son aisance; ce serait une économie mal raisonnée.

Mais quelle est la coiffure qui lui convient le mieux?— Cette question présente d'immenses difficultés. On en acquiert la conviction en songeant aux propositions si diverses faites depuis 20 ans.

Le schako ne mérite pas de nous arrêter, non plus que le chapeau-casque imposé momentanément par le règlement de 1825. Le bonnet de police ne conviendrait pas mieux; il bascule par le moindre effort. Souvent le matelot n'a pas assez de ses membres, il y supplée en supportant avec la tête, en soulevant par elle des poids considérables.—Son couvre-chef sera donc le moins anguleux possible, il dépassera à peine la convexité de la partie; ainsi le vent et les corps environnants n'auront point de prise sur lui. Le bonnet ordinaire remplirait ces conditions; mais il est vraiment trop disgracieux pour le tolérer sur la flotte. Il est, du reste, avantageusement remplacé aujourd'hui par un petit berret connu sous le nom de bonnet de travail, et par une casquette souple, légère, qui est plus comme il faut et convient pour les inspections et les fêtes. Nous ne parlerons pas, notons-le bien, de la casquette à disque, à fond en cuir verni, si large, si embarrassante, qui malgré les jugulaires se maintenait si mal, tombait si facilement à la mer, en montant les enfléchures, en courant sur les vergues, en serrant les voiles, etc.; mais de celle d'aujourd'hui, qui est entièrement en drap, moins lourde, moins gênante.

Autrefois, pour la pluie on avait le chapeau de cuir bouilli ou plutôt de feutre ciré; on l'a remplacé par le chapeau de paille recouvert de toile peinte en noir et vernie avec l'huile de lin. Celui-ci ne vaut pas mieux que le premier. Le feutre ciré est trop cassant sous le moindre rayon solaire. Il incommode par son odeur et met la tête au sein d'une étuve; l'autre, plus coquet, plus gracieux, plus en rapport avec l'encolure, l'air dégagé et sans façon du marin, est d'un poids fatigant; il ne se prête jamais à la forme du crâne, comprime les téguments irrégulièrement, douloureusement. Nous lui préférons le sud-ouest en toile goudronnée, à calotte hémisphérique, dont le bord étroit en avant abrite les yeux sans nuire à l'exercice de leurs fonctions exploratrices, et se déploie largement en arrière de manière à protéger le cou, en descendant jusqu'au commencement du dos. — Pour l'été et dans les régions équatoriales un chapeau léger est indispensable; à notre avis, le chapeau en paille cousue que nos équipages font eux-mêmes à bord est un contre-sens réel; il coiffe coquettement, voilà tout. Et ce n'est pas ce que l'on doit désirer; car l'*utile avant l'agréable*. Nous l'aimerions mieux en latanier tressé, comme le portent généralement les Américains, parce qu'ainsi il a la légèreté désirable, la souplesse qui lui permet de s'accommoder sans effort à la circonscription de la partie, ses bords sans raideur tombent un peu en parasol au devant du visage.— En résumé, nous voudrions que chaque marin fût toujours pourvu du bonnet de travail (aujourd'hui en usage), analogue au berret basque, d'une casquette en drap sans baleine, d'un sud-ouest et d'un chapeau de paille tressée, en latanier. Il est bien compris que nous ne nous occupons et que nous ne devons nous occuper ici que des besoins à bord des bâtiments, en cours de campagne; il est bien clair que si dans les ports, après le débarquement, on veut faire de chaque homme un soldat, on devra modifier un peu sa tenue, lui donner la sévérité que réclame ce nouveau service. Pour rester fidèle *à notre titre*, nous laisserons ce soin à d'autres.

La veste ronde est commode pour courir dans le gréement, elle convient à merveille par une température moyenne; dans les saisons fraîches ou froides, elle a le grand inconvénient de laisser les reins à découvert. On a senti ce reproche et sa justesse, et depuis quelques années, sous le nom de paletot, on l'a fait descendre jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On passe en plus un *caban*, vêtement plus long que le paletot, enveloppant, serrant convenablement le tronc entier, descendant jusqu'au haut des cuisses. Deux paletots et un caban suffisent pour les missions ordinaires.

Le pantalon en drap ou en toile devrait, comme le haut-de-chausse dont nos pères se servaient, ne jamais remonter au delà des hanches et se soutenir de lui-même sur la saillie des os innominés. Les bretelles sont incommodes et dangereuses pour le marin; elles transmettent aux épaules le poids du pantalon et beaucoup plus encore lorsque très courtes elles le sanglent entre les cuisses. Le pantalon à bretelles habille incontestablement mieux: il convient au soldat dont l'axe du corps s'écarte si peu de la verticale; il fatigue promptement le matelot, enlève au gabier son agilité, son activité, son adresse. Au reste, on peut le tolérer pour la grande tenue qui ne se met que les jours de fête ou de repos, en rade ou dans l'arsenal. Alors, en effet, il est permis de sacrifier à l'élégance. Pour répondre à toutes les exigences, il faut au moins deux pantalons d'été, deux pantalons d'hiver.

Les souliers dans la marine sont considérés comme objet de luxe par la plupart; c'est, à notre avis, un préjugé fâcheux qu'il est temps de chasser; leur usage plus habituel diminuerait le nombre des indispositions et des maladies.— La chaussure convenablement faite, ni trop large, ni trop étroite, ne gêne pas le marin pour courir dans la mâture; au contraire, par elle il se sent plus confiant, plus fort, plus leste; en effet, il n'a pas la crainte de prendre ses appendices digitaux, ses orteils dans les

boucles en fer du pont, dans le filin, de les heurter violemment, etc., etc.; il évite ces contusions si douloureuses, ces diastasis qui réclament des soins prolongés : les arrachements d'ongle, les pénétrations de clous, d'éclats de bois, etc., etc., dont l'idée seule arrête ou au moins modère le moins craintif. — Les souliers sont indispensables à bord; le marin ne doit les quitter que pendant les lavages, et encore ferait-il bien de les conserver si dans cette opération on ne répandait jamais que l'eau indispensable, si on renonçait enfin à cette inondation de deux heures qui révolte l'hygiène. Il est obligatoire qu'il soit chaussé par les temps froids et humides, pour les revues, pour les corvées à terre. — Il aura donc constamment deux paires de souliers, et dans la zone torride il se contenterait de chaussons en toile qu'il confectionnerait lui-même.

Voilà la couche superficielle de la tenue du matelot, ce qui se voit au premier coup d'œil. Il nous reste à parler du linge de corps. Autrefois la chemise de couleur, rose ou bleue, était considérée comme de nécessité; tout navigateur la croyait telle. Elle a le grand défaut de rendre la crasse moins apparente, et aujourd'hui que les soins de propreté sont mieux entendus, mieux observés, elle perd faveur. Du reste, elle n'est plus tolérée qu'à la mer, sous voiles; en rade et partout ailleurs on exige la chemise blanche. Cette-ci seule a cette fraîcheur qui charme le regard. Nous applaudissons à ce changement et n'hésitons pas à conseiller en tous temps et en tous lieux la toile de lin ou de coton. — La propreté, nous l'avons déjà écrit, c'est la santé; il ne suffit pas que le navire soit balayé, gratté, lavé à propos, il faut encore que l'équipage n'ait rien de sale sur lui; dans une grande réunion d'hommes, la vermine et les affections cutanées ne s'évitent qu'à ce prix. « On exigera que les matelots soient suffisamment pourvus de linge.....; qu'ils aient au moins une chemise de laine. » (Dr Kéraudren, Instruction médicale pour MM. les capitaines des navires qui n'embarquent pas de médecin.)

C'est qu'en effet la chemise de laine est un vêtement précieux, dont le marin ne saurait se passer dans certains climats. Dans le nord, elle concentre à la surface de notre corps le calorique qui tend constamment à se mettre en équilibre avec celui de l'atmosphère, des objets extérieurs; dans le sud ou dans l'été, pendant les corvées les plus rudes, le bricage des ponts, etc., elle empêche l'évaporation de la sueur, sans augmenter cette secrétion, et préserve de cette façon de mille affections graves qui ne trouvent pas leur cause ailleurs. Les nuits équatoriales ont une humidité froide caractéristique; eh bien, pour échapper à leur malignité, il n'est rien de mieux encore que la chemise de laine; elle isole, fait passer sans transition brusque du soir au matin. — Prise ainsi, chaque jour, après le branle-bas du coucher, sous le ciel inclément de nos Antilles, de St-Domingue, du Mexique, etc., elle peut faire échapper à la dysenterie, à la fièvre jaune, à cet affreux fléau qu'il n'est pas facile de prévenir, qu'il est plus difficile encore de guérir.

La susceptibilité de la muqueuse bronchique, de la muqueuse nasale, de la muqueuse auriculaire, des amygdales, etc., dans le premier âge, a de tout temps fait concevoir l'obligation de donner au cou une enveloppe autre que le col de la chemise. Cette habitude contractée dès l'enfance devient plus tard une nécessité dont l'oubli entraînerait des suites fâcheuses. Cette réflexion nous empêche de répéter avec certain auteur : « Les anciens ne connaissaient pas la ridicule et dangereuse mode de se serrer le cou avec une étoffe nouée par devant ou agrafée par derrière. » En effet, si l'absence de toute chose laisse parfaitement libre la circulation dans les vaisseaux importants de cette région, il ne faut pas perdre de vue que la peau, plus fine, plus délicate, plus riche en nerfs là qu'ailleurs, est vivement impressionnée par le moindre changement atmosphérique et transmet immédiatement cette impression de chaud, de froid et d'humide au larynx, aux bronches, etc. si superficiellement placés. — Un vêtement pour le cou est donc aussi indispensable qu'un vêtement pour la poitrine. Mais quel doit-il être? Voilà la question à se poser. D'après ce qui précède, il faut une chaleur constante, invariable, sans compression, et pour le marin en particulier une absence complète de toute gêne de la tête sur le cou, du cou sur le thorax. Il ressort de là que le col, qui tient le soldat au carcan dans les circonstances ordinaires et dans les courses forcées, lui fait perdre haleine, lui rend les yeux larmoyants, la face vultueuse, et ne saurait nous convenir. La cravate proprement dite a une préférence marquée. La soie, le coton et la laine ont été employés à cet usage et remplissent à merveille toutes les conditions : quatre cravates suffisent pour une campagne quelconque, deux en coton pour l'été, une en soie pour les inspections et les revues, et une en laine pour l'hiver et les nuits fraîches des climats les plus chauds.

La vareuse, c'est la blouse de l'ouvrier, le sarreau de l'enfant; elle sert de vêtement ou protége seulement un habit qu'on craint de salir. Les services qu'elle rend sont incalculables; pour la propreté générale le matin on n'a rien de mieux; pour les quarts de nuit elle est aussi précieuse. Il en faut deux à chaque homme, une en molleton et une en coutil écru ou goudronné à la surface, lorsque le bâtiment doit séjourner dans un pays humide et froid.

Pour beaucoup de gens, les bas sont des objets de luxe plus inutiles que la chaussure et qui encombrent le sac du marin. A notre sens, l'irréflexion seule peut tenir ce langage; car en mainte circonstance on a vu, par cette privation, naître et s'aggraver un grand nombre de maladies. On peut généralement s'en passer dans les régions chaudes; mais c'est impossible ailleurs. Aussi nous croyons que deux paires de bas *de laine* rempliront les exigences.

Le peigne et la brosse sont de nécessité absolue, et, comme le dit le docteur Forget,

pour faciliter la propreté sur ce point, il convient que les cheveux soient courts. C'est le moment de noter qu'il n'est point hygiénique de permettre à un équipage de laisser croître barbe et moustaches; car la mentagre, d'une tenacité si désespérante, sévit spécialement, dans ces circonstances, sur les hommes doués d'un système pileux très développé, arrivés à l'âge adulte, vivant dans la malpropreté et adonnés *aux boissons alcooliques.*

Voilà la composition du bagage obligé du marin. A lui d'en prendre soin, de l'entretenir, de le laver, de le réparer. Aussi le règlement lui impose-t-il de se monter, avant le départ, en savon, en fil et en aiguilles. A bord, on lave le linge deux fois la semaine, sur rade à l'eau douce, sous voiles trop souvent à l'eau de mer, qui décrasse si mal et laisse sur la toile un dépôt salin avide d'humidité, s'attachant la peau, contrariant ses fonctions, la maintenant dans une moiteur essentiellement débilitante. La chimie industrielle a fait d'inutiles efforts pour découvrir un savon qui neutralisât les sels qu'elle contient. Pour cette opération importante, et pour qu'elle soit complète, rien ne peut remplacer l'eau douce; cependant il est un *mezzo termine* qui assure un résultat satisfaisant. Le lavage comprend deux temps, le décrassage ou dégraissage, et le rinçage; le premier se fait avec l'eau salée, le second avec l'eau douce. A cet égard, voici une appréciation qu'il est bon de mettre, à l'occasion, sous les yeux du commandant: « M. Levicaire (aujourd'hui médecin en chef de la marine) a calculé qu'en lavant préliminairement six cents chemises à l'eau de mer, il suffirait d'une barrique d'eau douce pour les rincer, ce qui ne ferait qu'une consommation de 4 barriques par mois pour une petite frégate dont l'équipage est ordinairement de 300 hommes, dont chacun salit au plus deux chemises par semaine. »

Quoi qu'il en soit, pour obtenir un nettoyage qui offrît les garanties que réclame la santé, ces moyens sont insuffisants; il serait à souhaiter que l'on remît en vigueur l'article du règlement de l'an VI qui prescrivait les lessives. Tous les deux mois, par exemple, on verserait sur le linge entassé dans une barrique défoncée de l'eau de cendre ou de potasse à la température de 100° centigr.

Le marin a deux sacs pour renfermer son trousseau, un sac en toile, un sac en peau. Autrefois l'un et l'autre se jetaient pêle-mêle dans une soute obscure, humide, infecte, privée de ces courants d'air sans lesquels la conservation de toute chose est compromise; on ne les en retirait qu'une fois la semaine, le samedi. Ce système est heureusement oublié, depuis quelque vingt ans, et aujourd'hui nous avons à signaler une amélioration manifeste qui désormais attend peu de l'avenir. Elle ne s'est point montrée brusquement. Elle a suivi une marche progressive, raisonnée: on a d'abord employé des coffres en bois, d'énormes bahuts; ils meublaient le faux-pont des deux côtés, et chacun d'eux servait de garde-robe pour dix hommes. C'était mieux sans être bien. Plus tard on les a remplacés par deux immenses caissons, l'un à babord, l'autre à tribord, allant d'un bout de l'entrepont à l'autre et offrant latéralement un nombre de loges ouvertes ou grandes cellules égal à celui des marins embarqués; on leur a substitué enfin deux cages en fer de mêmes dimensions, présentant la même distribution; un prélart les recouvre pendant le nettoyage, et dans le reste du jour il est roulé et permet à l'air une circulation salutaire entre les sacs. Cette disposition a l'immense avantage d'exposer tout au grand jour, de laisser embrasser l'ensemble d'un coup d'œil, de prévenir le dépôt d'ordures, d'obtenir une propreté non-seulement apparente, mais réelle. Il est pourtant encore un inconvénient, un vice contre lequel nous devons nous élever, celui qui consiste à renfermer le linge sale au sein du linge blanc. On y obvierait facilement en consacrant aux vêtements à laver une ou plusieurs armoires bien fermées offrant un compartiment à chaque marin de l'équipage; rien ne serait souillé par leur voisinage, l'hygiène s'en applaudirait, parce qu'il serait aisé d'enlever à ce lieu retiré tout pouvoir rayonnant désagréable ou nuisible en y faisant passer chaque semaine un courant de chlore. Nous ne parlons que pour la blâmer de l'idée qu'on avait eue de les déposer à la poulaine dans des bailles disposées exprès; elle est trop vicieuse pour y insister, et ne mérite d'être prise en considération que pour les vêtements mouillés qui, pour sécher, attendent la cessation de la pluie, le retour du beau temps.

Dans les épidémies, il est convenable de passer les chemises, les draps, etc., des malheureuses victimes dans une eau chlorurée, afin de détruire en eux tout principe contagieux avant de les serrer ou de les remettre en usage.

Nous ne pouvons pas laisser les *applicata* sans nous occuper un moment du mode de couchage du matelot. Son lit est un hamac. Nous n'en donnerons pas une description minutieuse: nos lecteurs savent ce que c'est, nous en avons la conviction, et nous devons l'avoir parce que notre traité ne s'adresse qu'à ceux qui ont vu et fréquenté les navires. Le hamac proprement dit est un morceau de toile forte, rectangulaire, de six pieds 160 millimètres de longueur. Il est suspendu par des cordes ou araignées à l'aide d'un anneau à des crochets fixés aux baux ou poutres qui soutiennent le pont. Cette suspension se fait dans le sens de la quille, jamais autrement; à bord les mouvements les plus incommodes, pénibles à supporter, sont ceux de tangage, infiniment plus rares que ceux de roulis, et le roulis deviendrait tangage et réciproquement si par irréflexion on changeait cette disposition réglée depuis longtemps d'après les qualités du séjour. Chaque homme a son hamac, cette mesure prévient bien des maux; mais comme l'espace ne permet pas de les tendre tous en même temps, deux hamacs sont affectés aux mêmes crochets: l'un se ploie et se suspend les deux anneaux réunis, tandis que l'autre s'étend et se

fixe au pied et à la tête. Le quart fini, les rôles changent : celui qui a reposé quatre heures se lève et réunit les deux extrémités de son lit, et son camarade qui vient de veiller sur le pont fait le sien et se couche.

La nuit, dans tous les climats, il faut maintenir les sabords fermés, et une règle aussi absolue est de ne jamais permettre à quiconque de se placer trop près des panneaux, des cuisines, des cages à poules.

La garniture du hamac consiste en un matelas et une couverture de laine assez ample pour permettre de s'y envelopper entièrement. Il est impossible de songer aux draps, cette exigence d'une propreté bien entendue ne saurait être écoutée; et, en effet, comment loger une fourniture aussi considérable ; comment surtout l'entretenir convenablement? Pour prévenir les inconvénients de cette privation obligée, on a proposé, et le docteur Forget, un des premiers, y a songé, on a proposé pour la nuit un caleçon un peu large, semblable à ceux qu'on emploie dans l'Inde et dans d'autres pays chauds, ou analogue à ceux qui sont réglementaires dans les régiments de ligne. Par lui on éviterait bien des rhumes, bien des indispositions qui sont journellement dues au refroidissement produit, pendant le sommeil, par la chute de la couverture, sans compter qu'on maintiendrait le corps plus net, qu'on diminuerait le nombre des affections de peau.

Le hamac est sans contredit le meilleur lit à donner au marin ; il ne serait guère possible de le coucher plus agréablement dans l'espace étroit que l'emplacement lui accorde. Par son mode de suspension, il suit les inclinaisons du vaisseau : la perpendiculaire menée par son centre de gravité reste constamment parallèle à celle qui passerait par le centre de gravité du vaisseau, de sorte qu'il n'est pas susceptible de se renverser sans quelque maladresse. Les premiers jours on s'y trouve mal à l'aise, mais bientôt on s'habitue si bien à la courbe que le corps est obligé de décrire et de conserver, à l'immobilité à laquelle il condamne, qu'il n'est pas rare de rencontrer des officiers qui le préfèrent à la couchette que le règlement leur accorde. Cependant nous ne cacherons pas que le cadre (hamac à l'anglaise) a sur lui des avantages qui sautent à tous les yeux.

Pour les malades, le hamac ne peut être adopté d'une manière générale. Cela ressort en partie de ce qui vient d'être dit · l'homme agité par la fièvre effectue des mouvements brusques, multipliés, qui compromettent sa sûreté; aussi étroitement resserré, il souffre davantage, il s'irrite, s'exaspère, aggrave son état, et il est impossible de l'interroger, de l'examiner, de le saigner, comme il le faudrait; faible, il ne peut satisfaire aux besoins naturels sans se fatiguer beaucoup et fatiguer les infirmiers; quoique nous tenions compte de l'avantage qu'il donne de placer l'individu sur pied en filant en douceur le raban des pieds. Il ne servira donc que dans le cas d'indispositions, de blessures légères, pour les convalescents. Que mettre à sa place dans les circonstances graves? C'est ce à quoi nous songerons dans un instant, après avoir dit les soins de propreté que l'équipage doit à ses effets de couchage. Autrefois les hamacs n'avaient pas un sort meilleur que les sacs : ils se jetaient sans ordre dans un coin de la cale ou bien s'entassaient en abord dans l'entrepont. Depuis longtemps, grâce au ciel ! on en fait sur le pont une ceinture au navire, dans cet espace particulier nommé bastingage; ils y sont ventilés, reçoivent directement les rayons solaires lorsqu'il fait beau, et un long prélart goudronné les abrite de la brume, de la pluie. Depuis plusieurs années on a pris l'habitude de ne transfiler les hamacs que 15 à 20 minutes après le lever de l'équipage; cette habitude est excellente et à conserver : elle permet le refroidissement et l'aération intérieure ; elle écarte les gaz dont le séjour prolongé s'ajouterait aux causes d'insalubrité si nombreuses qui entourent le navigateur.

Le lavage des hamacs est aussi urgent que le lavage du linge de corps ; il faut le renouveler une fois le mois.

Pour les malades, le cadre vaut mieux que le hamac. Il a toutes ses qualités sans avoir ses défauts ; nous accordons la préférence de beaucoup aux petits lits en fer, aujourd'hui en usage sur toute la flotte : le sujet y est à l'aise ; il lui est possible de se tourner à volonté sur l'un ou l'autre côté, il respire librement, il n'est point encaissé, il est exploré sans embarras et satisfait librement à tous ses besoins. Joignons enfin à cela que dans les gros temps cette couche se suspend aussi aisément que les précédentes, et offre dans les circonstances ordinaires les commodités les plus désirables lorsqu'elle est cramponnée sur le pont.

Le magasin général, sous la surveillance d'un gardien embarqué à cet effet, renferme pour le service médical des matelas, des traversins, des draps, des couvertures, des bonnets en toile, des bonnets en laine et des capotes ; nous voudrions y compter des gilets de flanelle, des cravates et des sandales ou chaussures en cuir semblables à ceux qu'on délivre à tous les malades des hôpitaux maritimes dans les ports.

ALPH. GUÉPRATTE, D. M.,
Chirurgien-major de la marine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

VI. Accidents causés par le séjour d'un fragment de soie de sanglier dans les tissus du cou.

Le sieur Casteill, âgé de 17 ans, faisait ses classes depuis quelques années au petit séminaire de Prades, d'où il partit dans le meilleur état de santé possible à la mi-juillet 1843, pour passer les vacances chez lui.

A la fin du mois d'octobre de la même année, époque de réouverture des classes, il se présenta à l'infirmerie la tête penchée sur l'épaule droite et couverte d'un énorme appareil qu'il enleva pour exposer à mes regards la partie

souffrante. Après avoir mis la partie malade complètement à nu, voici ce que j'observai : impossibilité de redresser la tête ni de lui faire exécuter le plus léger mouvement; rougeur, engorgement et tension dans tous les tissus de la partie latérale droite du cou et de la joue; sensibilité extrême de la partie, au point que le plus léger attouchement arrachait des cris de douleur au jeune malade; ouverture fistuleuse avec issue de chairs baveuses, établie sur la glande sous-maxillaire, de laquelle suintait continuellement une humeur séroso-muqueuse filante; déglutition pénible, timbre de voix altéré, yeux rouges et noyés de larmes, figure rubiconde, fièvre légère, insomnie continuelle.

A l'aspect d'un état si compliqué, je voulus remonter à la cause qui avait pu le produire, et je crus la trouver dans les renseignements que me fournit le malade lui-même.

Plusieurs médecins plus ou moins renommés avaient été consultés avant moi et tous s'étaient accordés à attribuer la maladie dont il s'agit à une diathèse scrofuleuse. Comme il n'existait chez l'individu aucun signe extérieur qui pût nous faire soupçonner l'existence de cette diathèse, je ne pus partager leur opinion, et je persistai à croire que cet état ne pouvait dépendre que de la présence d'un corps étranger dans l'intérieur des tissus qui environnent la glande. En conséquence de ma manière de voir, je procédai à sa recherche. J'introduisis par l'ouverture fistuleuse une sonde cannelée aussi profondément que possible; je pratiquai à l'aide d'un bistouri droit, que je fis glisser dans l'échancrure de la sonde, une incision transversale d'une longueur de dix centimètres, par laquelle s'écoula une assez abondante quantité d'un sang rouge-clair, mêlé de quelques grumeaux de matière caséeuse. Cette ouverture fut immédiatement garnie de charpie sèche et d'un appareil convenable pour en maintenir les bords écartés.

Le lendemain au soir, je levai l'appareil et, après avoir abstergé la plaie, je parcourus des yeux l'étendue de l'ouverture sans pouvoir y rien découvrir; je replaçai de nouveau l'appareil comme la veille, sauf que j'enduisis de cérat tous les plumasseaux qui devaient couvrir la plaie, pour pouvoir renouveler plus aisément l'appareil et éviter l'écoulement du sang que pouvait occasionner l'enlèvement de la charpie sèche par l'adhésion qu'elle aurait indubitablement contractée avec le fond de la plaie.

Lors de l'enlèvement de l'appareil du surlendemain, je m'attendais à découvrir dans la plaie ce qui faisait l'objet de mes recherches; mais, malgré toutes mes précautions, je ne fus pas plus heureux que la veille : aussi je me hâtai d'introduire de nouveau la sonde au fond de la plaie et dans une direction tout-à-fait opposée à la première incision, c'est-à dire dans le sens horizontal, en taillant aussi profondément que possible, de manière que les deux incisions réunies eussent la forme d'un T et fussent maintenues béantes au moyen de la charpie enduite de cérat et de l'appareil.

A ma visite du matin du 4me jour, le jeune malade m'annonça avec joie que depuis l'époque où sa maladie s'était manifestée il n'avait jamais passé une aussi bonne nuit que celle qu'il venait de passer, ce qui m'autorisa à penser que nous étions enfin parvenus à découvrir la cause du mal. Dans cet espoir, je me hâtai d'enlever l'appareil, croyant pouvoir annoncer définitivement la guérison prochaine; mais quelle fut ma surprise lorsque, malgré l'exactitude de mes recherches, je ne pus y découvrir encore qu'un énorme moignon de chairs flasques faisant saillie en dehors en forme de mamelon, à travers lesquelles suintait un liquide séroso-sanguinolent qui inondait le cou! Un cataplasme en même temps résolutif et calmant que j'appliquai sur la partie malade parvint à soutenir le mieux que j'avais obtenu par l'incision de la veille. Il ne faut pas pourtant se dissimuler que, bien que le malade éprouvât du soulagement par suite du traitement que j'avais employé, il n'en ressentait pas moins sur le centre de la partie malade, tant au gosier qu'à la bouche, un état de gêne qu'il comparait à une aiguille que l'on aurait implantée dans les chairs.

Le cinquième jour au soir, le malade se présenta à l'infirmerie pour m'annoncer que, conformément au désir de ses parents, il se proposait de partir le lendemain matin pour retourner chez lui. Je ne voulus point le laisser partir sans essayer au moins un dernier effort pour découvrir la cause de la maladie. En conséquence, je défis de nouveau l'appareil et, après des perquisitions minutieuses dans cette masse charnue, je parvins à découvrir au moyen des pinces, tout-à-fait au fond de la plaie, un point gris-noirâtre qui me parut être ce que je cherchais depuis quatre ou cinq jours; je le saisis avec les mors des pinces et, à notre grande satisfaction, j'amenai au dehors un fragment de soie de sanglier de la longueur de quatre centimètres, bifurqué à une de ses extrémités. Monsieur le supérieur du petit séminaire put se convaincre, et beaucoup d'autres personnes avec lui, de la présence de ce corps étranger, dont jusqu'alors il avait douté.

Dès l'instant que j'eus délivré le jeune malade du corps étranger qui gisait depuis si longtemps au fond des tissus du cou, la tumeur diminua progressivement d'une manière sensible; la plaie a été guérie en moins de dix jours; à partir de cette époque le jeune étudiant a joui d'une parfaite santé et continue encore ses études.

Si l'on se demande comment la parcelle de soie de sanglier retirée du fond de la plaie avait pu y être introduite, la réponse sera facile; c'est le malade lui-même qui va nous la donner. Voici les renseignements que les souvenirs m'ont fournis : vers la fin du mois d'août de la même année, il porta machinalement entre ses dents et s'amusa à couper une soie de sanglier qu'il avait prise chez un cordonnier; il ne se souvient pas cependant d'en avoir gardé le moindre fragment dans la bou-

che ; de retour chez lui, il ne tarda pas à sentir une certaine gêne qui l'empêcha de souper. Le lendemain déjà l'engorgement avait fait de tels progrès que le mouvement de déglutition était très pénible et que, malgré les soins qu'on lui prodigua pour modifier ses souffrances, l'engorgement s'accrut et finit en très peu de temps par former un vaste dépôt qui occupait toute la partie droite du cou. D'après l'avis de plusieurs médecins respectables qui furent consultés à ce sujet, l'ouverture de ce dépôt fut pratiquée et donna lieu à l'évacuation d'une abondante quantité de matière louable. Cette opération lui procura quelque soulagement ; cependant l'engorgement et la gêne dans les mouvements de déglutition n'en avaient pas moins persévéré et déterminèrent plus tard la formation d'un nouveau foyer qu'on fut obligé de vider à deux reprises différentes. Depuis lors il conserva l'engorgement, l'ouverture fistuleuse, ainsi que toutes les particularités que j'ai détaillées au commencement de l'observation que je viens de soumettre à la méditation des nombreux lecteurs de votre estimable journal.

Loin de moi la pensée de prétendre censurer, en publiant cette observation, l'opinion de MM. les honorables confrères qui m'avaient précédé dans le traitement de notre jeune malade; j'ai voulu seulement rappeler au souvenir des praticiens combien il importe, lorsqu'on veut combattre avec succès la majeure partie des affections morbides, de se procurer, avant d'agir, les renseignements les plus positifs sur l'état et les actes antérieurs du malade. Le professeur Fages, de Montpellier, ne nous racontait-il pas, dans son cours de médecine opératoire, avoir vu une tumeur à l'aine d'un jeune homme qu'il avait cru pouvoir attribuer au virus syphilitique, tandis qu'il reconnut plus tard que l'élément constitutif de ce dépôt n'était autre qu'une pointe de Paris qu'il retira lui-même du milieu de la matière?

GUILLO aîné, D. M.,
à Prades (Pyrénées-Orientales).

VII. Hydropisie abdominale. — Écoulement permanent du liquide par l'orifice d'un cautère.

OBS. — La jeune Baudin, de Vandelinville (Meurthe), âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant toujours joui d'une santé parfaite, mais négligeant peut-être un peu trop les soins hygiéniques, fut en 1836, lors d'une première apparition du flux menstruel, exposée à un air humide et vif qui détermina la cessation de l'écoulement. Consulté par les parents sur la maladie de leur fille, j'employai en vain tous les emménagogues les plus énergiques, les règles ne reparurent plus. Peu à peu tous les symptômes d'une hydropisie se déclarèrent, les extrémités inférieures s'infiltrèrent, le ventre se tendit, enfin la fluctuation existait. Après avoir inutilement employé toute la série des diurétiques, etc., je conseillai la ponction, qui eut lieu au grand contentement de la famille. Mais quelques mois après il fallut recommencer, et successivement une infinité de fois. Alors, je fus d'avis de lui appliquer un cautère à l'endroit le plus déclive de l'abdomen ; elle y consentit. Au bout de deux mois, quand le cautère fut bien établi, j'introduisis le trocart, armé d'un tuyau de plume, par l'ouverture de cet exutoire. Le tuyau de plume resta à demeure pendant quinze jours, et il en jaillit un liquide bien limpide sans odeur nauséabonde ni amniotique, liquide qui les premiers jours offrait la nuance chocolat et exhalait un goût fétide. Elle donnait à volonté issue à l'écoulement en ôtant un petit tampon de charpie qui bouchait l'orifice externe du tube improvisé. La malade ne conserve maintenant que le cautère ; elle se trouve bien, fait quelques courses ; elle mange, et depuis six mois il s'opère chez elle un phénomène extraordinaire qui n'a pas encore, je crois, été souvent signalé : c'est que tous les quatre jours, en pressant légèrement l'hypogastre, il s'échappe de l'ouverture du cautère un bon litre de liquide.

Ne pourrait-on pas expliquer ce fait par la formation de petites cloisons musculaires, contractiles, qui s'écarteraient pour donner passage au liquide quand, par son propre poids et une faible pression, il se présenterait pour s'écouler ? Puis, cette opération terminée, ces fibrilles musculaires par contraction ne pourraient-elles pas rentrer sur elles-mêmes ?

—

VIII. Appareil pour les fractures de la jambe et de la cuisse.

Mon appareil est en caoutchouc ; il reçoit le membre fracturé, le comprime graduellement depuis le premier jour en ménageant le gonflement et l'inflammation. C'est par cette douce compression, qui ne s'exerce que par degrés et à volonté, qu'on évite bien des accidents secondaires. Sur les parties latérales sont deux petites gouttières qui donnent passage à un ressort qui vient se fixer sur l'endroit de la fracture et qui l'englobe circulairement. Quelques courroies sont répandues le long de l'appareil pour le maintenir. Une moulure assez épaisse remplace sur les accotements longitudinaux les attelles en bois ou en carton ; elle prend, par sa souplesse et son élasticité, la forme arrondie du membre ; maintenant la suspension est facile. Cet appareil convient surtout aux militaires que les chirurgiens ramassent sur les champs de bataille avec une cuisse ou une jambe cassée, ensuite aux personnes en voyage qu'un accident au milieu de leur course arrête. C'est

par ce moyen que j'ai, en 1836, renvoyé à Chambéry un marchand ambulant qui s'était cassé la jambe à Novéant (sur Moselle). La jambe de ce Savoyard était suspendue par des liens au ciel de sa voiture. Le voyage se fit admirablement.

En 1837, M. le ministre de la guerre, par sa lettre du 24 janvier, m'autorisait à en faire l'application à l'hôpital d'instruction militaire de Metz. Depuis j'ai corrigé tout ce qui était défectueux.

HENRY, médecin à Arnaville (Meurthe).

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. **Manuel complet de médecine légale**, ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêts les plus récents; 4e édition; par J. BRIAND, D.-M. de la Faculté de Paris, ex-professeur d'anatomie, de médecine et de chirurgie, et Ernest CHAUDÉ, docteur en droit, avocat à la Cour royale de Paris; contenant un **Traité élémentaire de chimie légale**, par H. GAULTIER DE CLAUBRY, docteur ès sciences, professeur à l'École de pharmacie, répétiteur à l'École polytechnique, membre du Conseil de salubrité, etc., etc. (1).

Le livre de M. Briand est un des traités de médecine légale qui ont eu le plus de succès; trois éditions rapidement écoulées en sont la preuve et font naturellement bien augurer de la quatrième, surtout lorsqu'elle se présente avec de nombreuses augmentations; en un seul volume néanmoins, et partant à un prix modéré.

Dans l'appréciation du mérite d'un livre il y a à tenir compte de deux choses : de l'invention et de la forme. Par la première nous entendons la part des découvertes que l'auteur peut s'attribuer; par la seconde nous comprenons la manière dont la science est présentée, particulièrement dans son rapport avec les besoins du plus grand nombre. Cette distinction nous permettra de rendre justice à l'ouvrage de M. Briand, de le recommander à nos lecteurs, sans cependant rabaisser des traités plus étendus, et sans nul doute plus scientifiques, tels que ceux de MM. Devergie et Orfila.

C'est qu'en effet on aura beau faire des ouvrages aussi volumineux et aussi multipliés que ceux de ces derniers auteurs sur la médecine légale et la toxicologie, ils ne seront jamais aussi populaires qu'un manuel bien fait qui se bornera à donner les connaissances strictement nécessaires à la grande majorité des praticiens. Il y a plus, ces sortes de livres, étant d'un débit plus rapide et par conséquent d'une impression plus fréquente, se trouvent par-là plus à même de tenir leurs lecteurs au courant des plus récentes découvertes.

De ces réflexions nous sommes cependant loin de conclure à l'inutilité des grands traités de médecine légale : à eux appartient de fixer la science, de faire autorité et d'être le moyen d'études nécessaire pour arriver à une connaissance spéciale et approfondie de cette partie de la pratique médicale. Plus souvent que jamais les tribunaux sentent aujourd'hui la nécessité de recourir fréquemment, après des expertises douteuses, à celles d'hommes qui ont fait de ces questions une étude de toute leur vie. A ce titre, la médecine légale se constitue dans les grandes villes d'Europe en une spécialité des plus légitimes, en une sorte de tribunal d'appel. Ceux qui se sentent la vocation de devenir des médecins légistes savent fort bien où ils trouveront les sources d'instruction les plus étendues.

Mais il n'en saurait être ainsi de la totalité des médecins. Leur temps, comme élèves, a été limité; comme praticiens, il l'est bien plus encore, et cependant il n'est plus permis à personne d'avoir oublié la *médecine et les sciences accessoires considérées dans leurs rapports avec le droit civil, criminel et administratif*, ainsi que M. Briand définit la médecine légale, cette partie de notre art dont les tentatives de crimes rendent aujourd'hui les applications si fréquentes.

On voit, d'après la définition de l'auteur, que la médecine légale n'est que l'application de l'ensemble des connaissances médicales à diverses questions de droit. Il suit de là que l'étude de cette science suppose des connaissances antérieurement acquises sur tous les points de l'art, et ne suppose même pas autre chose, sauf quelque entente des formes à suivre dans les recherches et dans les rapports. Il semblerait donc que l'on n'a qu'à repasser ses matières, rappeler ses souvenirs, pour savoir la médecine légale; mais la chose n'est pas aussi simple qu'on se l'imagine au premier aperçu : le diagnostic, dans un rapport, doit être bien autrement précis que dans la simple pratique médicale, et le doute, s'il ressort des conclusions, doit être un doute vraiment scientifique, et non un doute purement individuel.

La médecine légale exige donc une étude toute spéciale; on ne saurait même s'en tenir à celle que l'on a faite dans les écoles, si étendue qu'elle ait été; car nulle branche de la science ne marche à aussi grands pas que celle-ci, puisqu'elle repose sur des moyens d'investigation le plus souvent physiques et chimiques, dont les ressources semblent chaque jour se multiplier et se perfectionner pour déjouer les inépuisables machinations du crime.

Un traité quelconque de médecine légale

(1) Un vol. in-8° de plus de 900 pages. A Paris, chez Bernard Neuhaus, éditeur, rue Racine, 16; au bureau de la Gazette médicale, et chez Videcoq, libraire, place du Panthéon.

doit donc se trouver dans la bibliothèque de tout médecin, si modeste que soit sa clientèle. Quant au choix à faire parmi les divers ouvrages faits sur la matière, nous n'avons point à nous en occuper ici; nous l'avons d'ailleurs laissé entrevoir, et il ressort moins de nos réflexions que de la pratique générale, qui, à tort ou à raison, fait donner le choix aux manuels sur les ouvrages plus étendus. Nous n'avons plus qu'à examiner si le manuel de M. Briand, qui est d'ailleurs un manuel passablement volumineux, remplit les conditions d'un bon abrégé de médecine légale.

Trois auteurs ont concouru à la confection de ce livre : M. Briand pour la partie médicale, M. E. Chaudé pour la jurisprudence, M. H. Gaultier de Claubry pour la chimie légale, branche en quelque sorte nouvelle, qui cherche à se détacher de la médecine légale proprement dite. On conçoit qu'un pareil ouvrage se prête fort peu à l'analyse, et nous ne pouvons guère qu'indiquer les grandes divisions et les principaux titres des matières.

L'introduction traite principalement de formalités et de questions de droit relatives aux médecins. Telles sont : la recherche et la poursuite des crimes et délits — quelles autorités ont droit de requérir les hommes de l'art — si ceux-ci sont tenus d'obtempérer à cette réquisition — les expertises médico-légales — les rapports, consultations et certificats — la responsabilité médicale — la taxation des honoraires des médecins dans la pratique civile et lorsqu'ils sont requis par la justice. Après ces préliminaires, nous entrons plus spécialement dans le corps du livre, qui est divisé en deux parties : médecine légale et chimie légale. Nous allons dire plus loin sur quoi nos auteurs fondent cette distinction.

La première partie, ou *médecine légale*, se divise en quatre sections. La première traite des questions relatives aux attentats à la pudeur et à la reproduction de l'espèce. Ces questions sont nombreuses et graves; ce sont les attentats à la pudeur dans lesquels M. Briand signale le danger, l'inutilité et l'*illégalité des visites* corporelles, — les motifs d'opposition au mariage, les cas de nullité ou de séparation, —la grossesse, l'avortement, l'accouchement, — les naissances précoces et les naissances tardives, la vie et la viabilité chez les nouveau-nés, l'infanticide.

La section deuxième est intitulée : Attentats contre la santé et la vie. Ce sont d'abord les lésions comprises sous les dénominations de coups et blessures, et l'homicide par coups et blessures; et à cette occasion l'auteur indique les principales notions de diagnostic sur les diverses espèces comprises, en médecine légale, sous le terme générique de blessures. Ces notions seraient bien insuffisantes sous le point de vue purement médical; mais elles fournissent simplement les sources et motifs de diagnostic que le médecin a à signaler dans un rapport, ses éléments de conviction personnelle devant découler de ses connaissances plus approfondies en pathologie. Le chapitre deuxième traite du suicide et du duel, le troisième de l'asphyxie, le quatrième de l'homicide par empoisonnement. Les poisons, dans cette partie du livre, ne sont considérés que sous le rapport des symptômes et des lésions qu'ils déterminent. A ce point de vue, M. Briand a adopté la classification de M. Orfila, c'est-à-dire celle qui divise les poisons en quatre classes : les irritants, les narcotiques, les narcotico-âcres et les septiques. Quoique l'auteur ait adopté un caractère très fin pour la partie descriptive des symptômes de chaque empoisonnement en particulier, cette partie laisse un peu à désirer sous le rapport des détails; mais il faut convenir que, malgré les travaux si multipliés faits sur cette matière, et à cause aussi peut-être du luxe de leurs détails, la symptomatologie des empoisonnements est encore chose fort obscure, et le diagnostic d'après eux à peu près impossible si l'on ne retrouve pas le corps du délit. C'est encore là, à proprement parler, le roman de la toxicologie; aussi ne saurait-on trop se défier à cet égard de l'outrecuidance avec laquelle certains toxicologistes nous formulent les symptômes d'espèces, tandis qu'à peu d'exceptions près, il n'existe encore que des symptômes appartenant à des genres d'empoisonnement. Ce chapitre est terminé par un article sur l'autopsie et les recherches tendant à constater un empoisonnement; et c'est là que M. Briand borne la tâche du médecin-légiste; alors commence, dit-il, celle du chimiste, et il renvoie, pour ce, à la deuxième partie de son volume. Il ajoute néanmoins au chapitre des empoisonnements quelques recherches sur les considérations déduites de la nature du terrain, sur les poisons naturellement contenus dans le corps humain, ou qui ont été administrés à titre de médicament, etc. M. Briand laisse en ce point les questions relatives à l'empoisonnement, pour passer à celles qui concernent les affections mentales, qui forment l'objet de la section troisième. La section quatrième enfin traite des questions d'identité, des maladies simulées, dissimulées, prétextées, imputées, de celles qui exemptent du service militaire, des signes de la mort réelle et des inhumations.

Ici donc se termine, avant que l'on soit aux deux tiers de l'ouvrage, tout ce qui semble être du ressort du médecin légiste. Voici sur quel raisonnement se fondent les auteurs pour en distraire la chimie légale : « Lorsque les accidents ou la mort ont été occasionnés par l'action de substances toxiques, et que des restes de poison, des produits de vomissements, ou les diverses substances rencontrées dans un cadavre, doivent être examinés pour en déterminer la nature, *ce n'est plus à la médecine*, mais à la *chimie légale* qu'il faut en appeler pour rechercher et découvrir la vérité; et de nombreux exemples prouvent chaque jour combien il est nécessaire de charger de la constatation de faits d'une si haute importance *des hommes que leurs connaissances spéciales rendent aptes à ce genre de recher-*

ches, quelquefois si difficiles, et dans lesquelles les erreurs sont si graves. »

Jamais rien de plus juste n'a été dit. Ce ne sera jamais le cours de chimie que les médecins ont suivi une fois dans leur vie, renforcé des six semaines de misérables manipulations chimiques pratiquées au sein même de la mieux dotée des Facultés de médecine, non plus que les efforts de mémoire exigés des candidats au quatrième examen, qui feront de tel bon médecin que ce soit un expert chimiste passable. Il faut pour ce délicat emploi des études spéciales, si spéciales même, qu'à une exception près, celle de M. Devergie, qui encore ne s'adonne qu'à une partie très limitée de la pratique médicale, les médecins légistes qui font autorité n'exercent pas les autres branches de la médecine. On en a tous les jours la preuve en voyant des expertises faites dans des villes de second ordre, par des médecins d'ailleurs très habiles, revenir le plus souvent à un très petit nombre d'experts de Paris. Les pharmaciens, par le genre de leurs études pratiques, sont mieux préparés à ce genre de recherches. Aussi les écoles de pharmacie ont-elles senti toute l'importance du rôle qu'elles ont à remplir, en créant des chaires de *toxicologie*; dénomination trop prétentieuse, du reste, comme le fait sentir M. Gaultier de Claubry, et qui eût été mieux remplacée par celle de chimie légale.

Cependant de longtemps encore cette distinction ne sera admise dans les Facultés de médecine, bien que nombre d'affaires criminelles montrent l'insuffisance du bagage scientifique qu'on en peut emporter. Les tribunaux eux-mêmes s'adressent tout naturellement aux médecins et aux pharmaciens de la localité. Force est donc à ceux-ci d'acquérir des connaissances solides sur toutes les questions d'empoisonnement; car c'est dans ces causes que plus que jamais on peut dire avec Baglivi : *agitur de pelle humanâ.* Les questions de chimie légale traitées par M. Gaultier de Claubry l'ont été dans l'ordre suivant : conservation des substances recueillies dans un cas d'empoisonnement; description des vases, appareils et autres objets nécessaires pour la recherche des poisons; des réactifs et des divers produits employés dans les expertises, des substances vénéneuses retrouvées en nature; de la recherche des poisons dans les matières suspectes, dans les produits des vomissements, etc.; de la recherche dans les cendres d'un foyer des restes d'un cadavre brûlé; de la détermination de la nature des taches, etc. A la suite, les auteurs ont donné dix-sept modèles de rapports. L'ouvrage est enfin terminé par des commentaires sur les lois, décrets et ordonnances qui régissent la médecine et la pharmacie.

Nous devons ajouter maintenant que ce livre n'est point une compilation. MM. Briand et H. Gaultier de Claubry sont fréquemment appelés, soit devant les tribunaux de Paris, soit devant les autorités administratives. Leur nom est donc une garantie. On ne voit point dans leur livre de ces antipathies pour tel ou tel homme que l'on rencontre trop souvent dans d'autres ouvrages, et qui ravalent la branche de la science la plus auguste et la plus redoutable au niveau de misérables questions de personnes. De fréquents tableaux synoptiques, intercalés dans la description, en résument les points principaux. La jurisprudence est traitée à chaque question particulière avec tous les détails nécessaires; des commentaires sont ajoutés aux textes du Code qui offrent quelque difficulté.

II. Considérations sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné à Poitiers; par M. F.-L. Gaillard, médecin des épidémies, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, etc. (1).

La suette est une des maladies les plus curieuses à étudier. Elle est la seule peut-être de tout le cadre nosographique qui ne soit jamais sporadique; car toujours elle a été vue frappant des populations entières. Encore est-ce un genre d'épidémie à part, d'une physionomie essentiellement mobile, et d'une allure si singulière, que, plus encore que toutes les autres épidémies, elle s'est en quelque sorte plu à dérouter les prévisions des praticiens comme les combinaisons des pathologistes. Si on parcourt en effet les diverses histoires des suettes qui se sont montrées à de longs intervalles dans l'Europe occidentale, on est étonné des différences qui les séparent encore plus que l'intervalle des temps. Les deux principales épidémies dont Ozanam nous a relaté l'histoire dans son livre si intéressant à consulter (2), la suette de Picardie et la suette anglaise, y sont placées à une grande distance l'une de l'autre, la première dans le deuxième volume et la seconde dans le quatrième. Mais c'est bien à tort, dit-il avec raison, que l'on a confondu la suette de Picardie avec celle d'Angleterre. Cette dernière est remarquable par sa comparution momentanée en Europe à l'époque de la réforme où elle sembla sévir d'une façon si particulière sur les pays qui se détachèrent du sein de l'Église romaine, l'Angleterre, la Hollande, le nord de l'Allemagne, le Danemarck, la Norwége, que les catholiques la regardèrent comme une punition spéciale du ciel. Mais, comme cette maladie, si foudroyante qu'elle tuait quelquefois le malade en trois heures, n'a heureusement plus reparu en Europe depuis trois siècles, elle n'offre plus guère qu'un intérêt historique. Elle différait des épidemies bien moins meurtrières que l'on a observées en France depuis un siècle environ, en ce qu'il n'y avait pas d'éruption miliaire; toute la maladie consis-

(1) 1845. Poitiers, librairie de H. Houdin; Paris, librairie de J.-B. Baillière.

(2) Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques, etc.; 2e édition, 1835. Nous en avons rendu compte dans notre IVe année, 2e semestre, p. 68.

tait en une sueur profuse, avec des symptômes nerveux dépendant de l'extrême prostration qui en résultait subitement, sans lésion appréciable de tissu, et ce qu'il y a de singulier, c'est qu'on ne la guérissait qu'en entretenant la sueur, en soutenant les forces par des cordiaux et des stimulants diffusibles, et en empêchant le malade de dormir : *somnus consanguineus morti.*

Il y a loin, dit Ozanam, de cette maladie terrible à cette fièvre bénigne qu'on nomme *suette de Picardie*, parce qu'elle parut pour la première fois dans cette province en 1718. Toutefois, l'expression de *bénigne* dont se sert l'auteur de l'histoire des épidémies n'est juste que lorsqu'on compare les suettes miliaires de France à la suette anglaise; car il s'en faut beaucoup que, considérées isolément, les premières soient des épidémies que l'on puisse décorer du nom de bénignes, à ne consulter même que la relation d'Ozanam ; il dit d'elles ailleurs: « La suette est, par sa vivacité, de l'espèce des maladies qu'on nomme aiguës ; elle est *cruelle* par les accidents terribles qui l'accompagnent, et *maligne* par la façon cachée dont elle agit le plus souvent. On meurt de cette maladie quelquefois dans les vingt-quatre heures de son invasion. M. Boyer a vu des malades mourir en quinze heures..... » Ces caractères ne sont point ceux d'une fièvre bénigne. M. Gaillard ne donne point non plus l'épidémie de Poitiers comme une affection bénigne. Elle a débuté, dit-il, au commencement de juin. Elle a été meurtrière au début, puis, du milieu de juillet en août, il y a eu un amendement dans la gravité des symptômes; mais à partir du 1er août l'intensité du mal a redoublé; tous les malades qui furent atteints du 1er au 12 succombèrent, quel que fût le traitement employé. Elle est ensuite redevenue moins meurtrière jusqu'au 15 septembre, où elle s'est terminée après trois mois et demi de durée.

Nous regrettons que M. Gaillard, dans son excellente relation de la suette miliaire de Poitiers, n'ait pas cru devoir comparer cette épidémie avec celles qui se sont montrées en France depuis leur première apparition, au commencement du XVIIIe siècle. Il s'est borné à des considérations sur l'épidémie de Poitiers et à quelques points de comparaison avec celles qui se sont montrées à peu près en même temps dans d'autres points de la France.

La suette miliaire, longtemps inconnue en France, s'y montra pour la première fois en 1718, dans la Picardie; elle y fit plusieurs apparitions successives, ce qui lui fit donner le nom de *suette des Picards*, et ces apparitions se sont reproduites tant de fois dans cette partie de la France, que M. Colson considère la suette comme y étant quasi endémique. En 1747 elle est venue à Paris et dans les pays circonvoisins désignés sous le nom de généralité de Paris. Depuis une vingtaine d'années elle s'est montrée dans plusieurs départements du midi et de l'est : dans la Dordogne, le Tarn-et-Garonne, le Lot-et-Garonne, le Jura. Elle a reparu de nouveau, il y a quelques années, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, où elle a été observée par MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy; le Poitou, enfin, vient d'en être le théâtre, et c'est sur ce théâtre que M. Gaillard, médecin distingué de l'Ecole de Poitiers, l'a observée.

Le mémoire de cet excellent observateur est divisé de manière à présenter une idée très nette et très claire de l'épidémie. D'abord il nous donne un premier aspect de la maladie ; viennent ensuite les histoires particulières, au nombre de 20. L'auteur décrit alors la suette miliaire d'une manière générale, indique la marche de la maladie, ensuite le traitement, ce qui l'amène à nous offrir encore seize histoires particulières. Nous regrettons de ne pouvoir noter que ce qu'il y a de plus important dans son ouvrage.

Une circonstance très remarquable de l'épidémie de Poitiers, c'est qu'elle a presque exclusivement sévi sur la classe riche ou aisée, tandis que dans les autres localités ce sont les classes indigentes qui en ont été particulièrement affectées. A Poitiers, comme ailleurs et comme toujours, elle n'a atteint que les adultes.

De même que les autres suettes de France, celle de Poitiers débutait ordinairement la nuit, sans symptômes avant-coureurs. Le malade se réveillait couvert de sueurs, mais sans ces violentes douleurs de reins et d'estomac signalées par Ozanam dans les épidémies antérieures à l'époque où il écrivait (1835). Un mouvement fébrile, caractérisé par la chaleur de la peau et l'accélération du pouls, s'est presque constamment montré chez les malades observés par M. Gaillard; la fièvre se prolongeait quelquefois toute la durée de l'éruption, d'autres fois cessait au bout de quelques heures. La sueur aussi était très variable. L'éruption se montrait du deuxième au troisième jour (dans les épidémies décrites par Ozanam, elle se montrait le plus souvent au bout de peu d'heures), et c'était pour tous les malades le moment le plus critique : plusieurs succombaient même avant que l'éruption se montrât ou au moment de son apparition. Celle-ci se composait de plaques rouges, de petites vésicules pointues et de grosses vésicules rondes, transparentes, élevées; elle commençait par le cou ou la poitrine, s'accompagnait de picotements, de cuissons, etc. L'éruption se continuait, se répétait plusieurs jours de suite, ce qui constituait pour le malade autant de nouvelles crises, autant de nouveaux dangers. Du douzième au dix-huitième jour, les sueurs cessaient, les vésicules s'affaissaient et la desquamation annonçait l'entrée en convalescence. Celle-ci, toutefois, était souvent laborieuse et difficile, traversée par des éruptions de furoncles et de grosses pustules.

Les accidents qui pouvaient traverser le cours de la suette miliaire étaient nombreux et variés : les principaux étaient une agitation incessante, sentiment d'ardeur, de brûlure,

mal de cœur, nausées, vomissements, anxiété précordiale, ce qui constitue une relation avec l'ancienne *maladie cardiaque* des pays méridionaux, qui paraît avoir été une troisième variété de suette, différente de l'anglaise et de la picarde. D'autres fois il y avait des difficultés de respirer, des suffocations, des syncopes, des palpitations violentes, des défaillances, des céphalalgies excessives, des paralysies partielles, ou bien, au contraire, des secousses tétaniques des membres, des soubresauts des tendons, du délire, de l'assoupissement et du coma. Un caractère particulier à l'épidémie de suette miliaire, c'est que ces symptômes graves étaient extrêmement mobiles et qu'ils ne se rattachaient à aucune lésion organique, même dans les cas de mort. Celle-ci s'annonçait en quelques heures par une anxiété plus grande, l'accélération du pouls, un délire fugace, souvent quelques nausées et des vomissements bilieux, la perte de connaissance, la gêne progressive de la respiration et le râle bronchique.

On ne pouvait baser le pronostic sur rien de certain, de sorte que la division en suette bénigne et en suette maligne, donnée par un des historiens de la suette picarde, n'aurait pu trouver son application à Poitiers, au moins d'après l'appareil symptomatologique ; car tel malade succombait avec une éruption et une sueur abondante, tel autre presque sans sueurs; quelques-uns mouraient comme foudroyés le deuxième ou le troisième jour d'une suette d'apparence bénigne, tandis que d'autres guérissaient après avoir éprouvé dès le début les accidents les plus graves.

Lorsque la maladie parcourait paisiblement ses périodes, que toute la crise avait lieu sur la peau, M. Gaillard s'en tenait aux simples précautions hygiéniques et favorisait un peu l'éruption. Mais s'il se présentait des accidents sérieux, il avait recours, suivant les indications, aux sudorifiques, à l'émétique, aux antispasmodiques, aux révulsifs, aux purgatifs, aux toniques, aux saignées et au quinquina. La saignée n'a été employée qu'avec une extrême réserve. Le sulfate de quinine ne lui a paru applicable que dans le petit nombre de cas où les accidents spasmodiques se présentaient sous forme d'accès réguliers. M. Gaillard n'a pas cru devoir formuler une méthode générale de traitement; car, outre qu'elle n'eût pu convenir à tous les cas qu'il a observés, on saurait encore moins, comme il le dit fort judicieusement, fixer d'avance le traitement qui conviendra dans les épidémies qui pourront se représenter dans la suite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *De la lithérétie, ou extraction des concrétions urinaires* ; par Joseph-Émile CORNAY. 57 pages grand in-4°, avec douze planches lithographiées; chez Labé; 1845. — On a cherché à extraire les concrétions urinaires de l'urèthre, et même de la vessie, bien des siècles avant que l'on pensât à briser ceux que leur volume empêchait de sortir. Les anciens avaient imaginé dans ce but de nombreux instruments dont la sonde a été le modèle primitif. On peut compter actuellement en chirurgie, dit l'auteur, vingt-deux lithéréteurs imaginés pour faire l'extraction des concrétions entières, sans parler de ceux qui en dérivent. Ces divers lithéréteurs agissent avec quelque sûreté dans l'urèthre; mais ils n'ont aucune action certaine sur le contenu de la vessie, et l'évacuation des graviers est alors due au pur hasard. Les lithéréteurs de M. Cornay sont des instruments hydraulico-pneumatiques; ils sont fondés sur la puissance qu'exerce l'aspiration. C'est en l'année 1840 que l'auteur a eu la première idée de retirer les graviers de la vessie à l'aide d'un long chalumeau. Depuis cette époque il a perfectionné de jour en jour ses instruments et les a essayés tant sur le cadavre que sur l'homme vivant. Il en a fait entre autres une application heureuse à l'hôpital Beaujon chez un calculeux que M. Laugier venait d'opérer avec l'instrument de M. Heurteloup. Après la séance de lithotritie, M. Cornay introduisit son lithéréteur, avec lequel il retira immédiatement cinq fragments et une quantité équivalente de sable ou détritus. Au bout de quelques jours, il fit une nouvelle application de l'instrument aspirateur sur le même sujet; elle procura de nouveaux graviers et un fragment de calcul; toutefois, comme cette seconde séance avait causé un peu de douleur, M. Cornay ne voulut plus faire manœuvrer son instrument sur le vivant qu'il ne l'eût modifié. L'instrument a depuis été appliqué sur le vivant sans susciter de douleur. Pour la description du lithéréteur à inspiration au moyen de la bouche, nous sommes obligés de renvoyer le lecteur aux descriptions et surtout aux planches de M. Cornay. Ce dernier l'indique comme nécessaire toutes les fois qu'il s'agit de laver la vessie, d'y faire des injections ou d'en retirer des corps étrangers.

II. *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, par A. GRISOLLE, D. M. P., médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. ; 2e édit. revue et augmentée, 2 forts v. in-8°; chez Vic. Masson ; 1846.—Nous avons donné, dans notre n° de nov. 1844, une analyse de cet ouvrage, ce qui nous dispense d'y revenir longuement à propos d'une seconde édition. Le succès de la première, enlevée en 18 mois, témoigne des qualités que nous lui avons reconnues lors de son apparition, consistant principalement dans une forme toute classique et, ce que nous oubliâmes alors de mentionner, une grande probité scientifique de la part de l'auteur, même à l'égard de ceux qui se sont posés en ennemis quand même de son école, chose assez rare au jour où nous vivons pour être noté.—La seconde édition de l'ouvrage de M. Grisolle est augmentée de plus de 200 pages. L'auteur a considérablement étendu l'article *fièvres;* il y a ajouté

quelques nouvelles considérations sur la fièvre considérée comme élément de diagnostic, de pronostic et sous le rapport des indications thérapeutiques. La suette miliaire, cette affection épidémique si singulière, a été l'objet de nombreux développements. M. Grisolle a complété également les articles consacrés à la gastrite chronique et à l'œdème de la glotte. Dans sa première édition, M. Grisolle, à l'exemple des dermatologistes, avait rangé la pellagre parmi les affections cutanées. Les nouveaux travaux publiés sur cette affection, et notamment le livre de M. Th. Roussel, ont dû la faire ranger à côté de l'ergotisme parmi les maladies générales résultant d'un véritable empoisonnement dépendant de l'usage exclusif d'une certaine alimentation. Nous passerons sous silence d'autres additions plus ou moins importantes. En définitive, le livre de M. Grisolle nous paraît s'être mis en possession du rôle d'ouvrage classique.

Revue des journaux français et belges.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Essai clinique sur l'efficacité des remèdes résolutifs dans le traitement de la cataracte; présenté au septième congrès scientifique italien, par M. C. PUGLIATTI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université royale de Messine. — L'auteur, dans cet intéressant travail, soutient la thèse, tour à tour abandonnée et reprise, de la guérison de la cataracte par des topiques résolutifs. Il y cite des faits très nombreux tirés de sa propre pratique qui prouvent la curabilité de la cataracte par cette méthode. Or, pour bien établir ce mode de traitement, il faut agir comme le fait la nature elle-même quand elle guérit spontanément la cataracte, c'est-à-dire provoquer, activer l'absorption dans les tissus malades. Dans ce but, l'application répétée de l'ammoniaque aux environs de l'orbite, et l'usage interne de l'iodure de potassium, peuvent être prescrits avec espoir de succès entre certaines limites. Cette médication, ajoute l'auteur, bien qu'efficace dans certains cas, échoue dans d'autres; mais elle peut être toujours essayée sans inconvénient, comme mesure préparatoire de l'opération. Enfin, si si l'on est obligé d'en revenir à cette dernière, c'est le procédé dit de réclinaison que M. Pugliatti recommande comme le plus digne de confiance. (*Novembre et décembre* 1845.)

GAZETTE DES HOPITAUX.

Observations sur l'iode employé à l'intérieur et localement; par M. LUGOL, médecin à l'hôpital Saint-Louis.— Les réflexions qui suivent ont été faites à l'occasion d'abcès froids traités avec avantage par les injections d'eau iodurée. Voilà bientôt une vingtaine d'années que M. Lugol emploie l'iode sous toutes les formes. Il a depuis longtemps renoncé à l'emploi des solutions dont l'iode pur est la base, à moins que celui-ci ne soit dissous dans deux parties d'iodure de potassium; autrement l'iode se précipite, tandis que le mélange des deux substances produit, suivant ses propres expressions, un mixte égal dans toutes ses parties et parfaitement soluble dans l'eau distillée. M. Lugol pense donc, que c'est faire faire un pas rétrograde à l'art de formuler que de revenir à ces préparations que, pour son compte, il a depuis longtemps abandonnées, et de parler aujourd'hui d'injections iodées, de collyres iodés.

M. Lugol ne reproche pas seulement aux solutions iodées d'être de mauvaises préparations, il leur reproche d'autres griefs qui sont les suivants.

Et d'abord, pour ce qui est de l'hydrocèle, il ne voit pas bien la raison qui a fait rejeter l'injection vineuse, moyen qui a fait ses preuves depuis si longtemps, pour lui substituer une formule en désaccord avec les notions de la chimie.

A ce propos, M. Lugol reproche à un chirurgien justement renommé cette exubérance d'érudition qui ne laisse plus de place pour les travaux contemporains dans sa mémoire, mise sans doute à de trop rudes épreuves. Nous croyons, en effet, nous rappeler que, dans la longue discussion qui a eu dernièrement lieu à l'Académie de médecine sur les injections iodées, il n'a pas été une seule fois question des travaux du médecin de l'hôpital Saint-Louis. Ses recherches ont cependant précédé d'un grand nombre d'années tous les essais de ce genre que leurs soi-disant inventeurs ont, dit-il, imaginés sans beaucoup de peine, puisque depuis plus de seize ans M. Lugol fait injecter de l'eau iodurée dans toutes les cavités purulentes après en avoir fait sortir le pus par une ponction. A l'appui de cette juste réclamation d'antériorité, il rappelle des faits consignés dans un mémoire publié par lui dès 1830. Une de ses observations a été prise par lui en juin 1830. A cette époque, il ne faisait administrer que les solutions iodées, n'ayant pas encore trouvé la formule des solutions iodurées. Depuis lors, l'iode a été journellement employé sous toutes les formes à l'hôpital Saint-Louis, au vu et au su de tout le monde.

Un reproche plus grave encore est adressé par lui non pas aux injections iodées, mais à ceux qui les emploient, c'est d'en faire un mode de traitement purement local contre des maladies qui de leur nature réclament en outre un traitement général.

Lorsque M. Lugol entend prôner tant de cas de guérison obtenue par des topiques iodés, il regarde ces observations comme autant de faits erronés. Un sujet scrofuleux que vous avez guéri d'un abcès froid par l'injection iodée n'en reste pas moins scrofuleux, et la

diathèse éclatera tôt ou tard dans un autre organe.

En définitive, M. Lugol ne place que dans un rang secondaire les divers topiques iodurés qu'il a lui-même introduits dans la thérapeutique. Le traitement radical se compose principalement de l'usage intérieur de l'iode et des bains iodurés, et sa puissance, ajoute-t-il, n'est que faiblement accrue par le concours du traitement local.

Mais on ne sait même pas, dit M. Lugol, administrer l'iode à l'intérieur. On le donne aujourd'hui à des doses incroyables, et cet abus si général de l'iode mènera tout droit à cette conclusion, fausse comme les prémisses d'où elle découlera : que l'iode est un médicament le plus souvent inutile et quelquefois même nuisible. (*N° du 4 avril* 1846.)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Sur l'emploi de l'acide acétique pur et étendu dans le traitement des verrues et productions analogues; par M. NEUCOURT, D. M. P., à Verdun.—L'auteur commence par nous avertir que c'est à M. le professeur J. Cloquet qu'il doit la connaissance de ce procédé. Étant interne à l'hôpital des Cliniques, il vit à la consultation un jeune homme de seize ans qui portait sous le talon droit cinq à six plaques verruqueuses dont il souffrait tellement que la marche en était devenue presque impossible. M. J. Cloquet prescrivit des compresses vinaigrées appliquées constamment sur les verrues; excision tous les matins des parties non douloureuses, puis cautérisation avec l'acide acétique pur. Au bout de quinze jours le malade se trouva parfaitement guéri. M. Neucourt s'est guéri lui-même par le même moyen de productions de nature verruqueuse qu'il portait sous le talon gauche. Il a depuis lors employé plusieurs fois avec succès le même traitement, notamment chez deux jeunes femmes dont ces verrues déparaient les mains.

Les durillons, productions formées par un épaississement de l'épiderme, siégeant sur les parties exposées au frottement des chaussures, ne sont nullement modifiés par l'acide acétique; les œils de perdrix disparaissent, au contraire, avec facilité; mais la cause qui les a amenés, la pression des orteils les uns contre les autres, ne tarde pas à les reproduire.

Voici le mode de traitement indiqué par l'auteur :

On commence par couper les verrues aussi profondément que possible, sans produire de suintement sanguin. On applique ensuite des compresses vinaigrées qu'on renouvelle toutes les fois qu'elles sèchent; si le malade ne veut pas s'y astreindre, on ne les emploie que la nuit, et alors le traitement est plus long. Le lendemain, on trouve les verrues ramollies, présentant une couche grise avec un piqueté noir très prononcé. Ce piqueté noir n'est autre chose que l'orifice externe des vaisseaux droits de la verrue, vaisseaux dans lesquels le sang s'est coagulé par l'action de l'acide, qui ramollit en même temps la matière inorganique de la verrue, de sorte qu'on peut couper profondément avec facilité sans effusion de sang. Lorsqu'on arrive près des parties vivantes, on cautérise avec l'acide acétique pur.

Il ne faudrait pas pratiquer cette cautérisation si on avait coupé trop profondément, de manière à déterminer une effusion de sang; car, dans ce cas, on produirait des douleurs très vives; autrement, elles seront nulles ou très supportables. On réapplique les compresses vinaigrées et on les maintient toute la journée. Il y a le lendemain une nouvelle portion de la verrue qui est mortifiée; on l'excise, et on continue.

Au bout de huit jours, plus ou moins, la verrue a considérablement diminué de volume, quelquefois même elle a disparu. Voici les diverses phases parmi lesquelles passe la production morbide avant la guérison :

Lorsque tout marche bien, on voit peu à peu le nombre de points noirs diminuer; à la place de l'excroissance, il y a une cavité : on continue le traitement en excisant toutes les parties mortifiées jusqu'à ce qu'il ne reste ni point noir, ni la moindre partie verruqueuse; car si on négligeait la plus petite parcelle, la verrue reparaîtrait comme devant.

Lorsque la guérison est parfaite, il ne reste pas la moindre cicatrice : l'épiderme se reproduit, et si la maladie siége à la paume de la main ou à la plante des pieds, on voit les ondes régulières formées par les papilles du derme reparaître à la place qu'occupait la verrue, ce qui prouve, pour le dire en passant, que cette production morbide siége entre l'épiderme et le derme.

Si le traitement a été poussé trop rapidement, ou si l'individu a la peau irritable, il survient après quelques jours de traitement une douleur assez vive, et une auréole inflammatoire s'observe autour de la verrue. Au lieu de points noirs, on observe une plaque brune à l'endroit précédemment occupé par la verrue; si on continue, il survient une légère suppuration (quelques gouttes de pus); la plaque tombe, et il se forme à la place une petite cicatrice.

Dans ce cas, il convient de cesser les cautérisations avec l'acide acétique, de couper autant que possible sans effusion de sang, et de n'appliquer les compresses vinaigrées que pendant quelques heures. On arrive ainsi à la guérison comme dans le cas précédent.

Pour les productions de même nature ou de nature analogue aux pieds, le traitement est le même. (*Mai* 1846.)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Monomanie homicide. Rapport sur l'état mental du nommé Joseph Bouillard, inculpé du meurtre de sa femme et de ses quatre enfants; par M. le Dr BOTTEX, médecin en chef de l'asile des aliénés du Rhône. — Le cas qui a fait l'objet de l'habile rapport que nous signalons est un des plus difficiles qui puissent se présenter en médecine légale. Il s'agit d'un

homme qui n'a donné aucun signe appréciable d'aliénation mentale avant ni après la perpétration d'un quintuple meurtre, et cependant M. Bottex, tout en hésitant quelque peu, a cru devoir conclure qu'il y avait en faveur de l'accusé une forte présomption d'une de ces monomanies homicides instantanées dont Esquirol, M. Cazauvieilh, M. Orfila et lui-même ont observé de rares, mais incontestables exemples. Cette thèse est, sans doute, d'une application difficile, et des criminels pourraient en abuser; mais enfin ce n'est pas une raison pour la repousser à tout jamais, comme le voudraient MM. de la justice, ni pour en faire un motif d'admission de circonstances atténuantes, comme les jurés ne sont en général que trop portés à le faire dans les cas qui embarrassent leur conscience. Le sujet de ce rapport, homme de mœurs assez réglées pour un ouvrier, affectionnant sa femme et ses enfants, évidemment bon père et bon mari, remplissant ses devoirs religieux, ce qui est attesté par le curé de sa paroisse et par d'autres témoins, déjeune paisiblement, le 15 mai 1845, avec son domestique et ses deux fils aînés; puis, sans motif apparent, au moment où il sort de table pour aller chauffer son four, il s'empare tout-à-coup d'un instrument aratoire qui se trouve par hasard sous sa main, et donne la mort, dans l'espace de moins d'un quart d'heure, à ses quatre enfants et à sa femme; puis, ce crime atroce consommé, loin de fuir, il va lui-même le raconter à son plus proche voisin. Il n'avait aucun motif de se défaire de sa famille, et ce qui tendrait à prouver qu'il n'y a pas eu préméditation, c'est qu'il avait quelques jours avant commandé des habits pour un de ses enfants, et qu'il en pressait vivement la confection. Il n'a pas donné de signes positifs d'aliénation mentale avant la perpétration du meurtre; cependant des témoins ont rapporté qu'il se plaignait de vertiges, de tintements d'oreille, d'étourdissements, et qu'il avait des idées de suicide, symptômes que l'expérience a démontré précéder très souvent les accès de monomanie homicide instinctive. Cet homme, dans l'interrogatoire, n'a nullement cherché à simuler, ni même à prétexter la folie; il appelle son malheur *un fléau de Dieu*, qu'il ne saurait expliquer. Il en éprouve du chagrin, mais non du remords. L'attaque a tiré parti de cette circonstance que l'accusé, après avoir tué trois de ses enfants, a laissé le premier instrument parce qu'il était teint de sang, et l'a remplacé par un autre, afin que sa femme ne pût rien soupçonner. Mais cet argument perd beaucoup de sa valeur si l'on songe, et les faits le prouvent, que les monomaniaques ont une volonté irrésistible, avec tout le discernement nécessaire pour accomplir le crime; ce qu'ils n'ont pas c'est la liberté morale, bien qu'ils emploient parfois beaucoup de ruse pour mettre à exécution leurs projets.

M. Bottex a rappelé à cette occasion une affaire analogue où il fut appelé comme expert, celle de la femme Corget, en 1832, qui, dans une seule matinée, avait tué sa mère, sa nièce et deux autres personnes, et cela sans aucune espèce d'intérêt. Il conclut à la présomption de folie. L'évènement s'est chargé de vérifier ses prévisions; car la femme Corget, qui fut condamnée malgré son témoignage, mais qui ne porta pas sa tête sur l'échafaud, parce que le jury (par une heureuse inconséquence) admit des circonstances atténuantes, lesquelles ne pouvaient être que l'état de folie présumée (1), est aujourd'hui encore à l'hospice de l'Antiquaille, dans un état de démence compliquée d'accès de fureur, après avoir passé dix années dans la maison centrale de Montpellier ou dans l'asile d'aliénés de cette ville.

M. Bottex a ainsi conclu son rapport en ce qui concerne Bouillard : « Nous dirons qu'il resulte pour nous des interrogatoires que nous avons fait subir à Bouillard, de l'analyse des faits et des dépositions des témoins, *qu'il est probable* que Bouillard, qui affectionnait sa femme et ses enfants, leur a donné la mort pendant un accès de monomanie homicide instinctive. — Mais si Bouillard est acquitté comme fou, il est évident que c'est un fou dangereux, et qu'il doit, dans l'intérêt de la sécurité publique, être enfermé pour le reste de ses jours. »

La déposition de M. le docteur Chapeau, médecin aux rapports, qui avait accompagné M. le procureur du roi sur les lieux où le crime a été commis, et qui avait eu bien souvent l'occasion d'observer Bouillard, a été en harmonie avec celle de M. Bottex.

Néanmoins M. Bottex n'a pas été plus heureux que dans l'affaire de la femme Corget, et Bouillard, déclaré coupable par le jury, a été condamné à la peine de mort.

Comme ce malheureux s'est pourvu en grâce, toutes les pièces du procès, et par conséquent le rapport de M. Bottex, ont passé sous les yeux de Sa Majesté, qui, dans sa sagesse, a commué la peine de mort en une détention perpétuelle.

Les ministres de la justice humaine ne sauraient trop admirer cette décision du roi, qui, ne pouvant réformer une déclaration du jury, en a néanmoins, autant que possible, atténué les conséquences. On sait que d'ordinaire une condamnation à mort est commuée en la peine des travaux forcés à perpétuité; celle de Bouil-

(1) Nous avons entendu dire à un théologien qu'il est des homicides qui, aux yeux de Dieu, sont à peine des péchés véniels; mais un meurtre, si horrible qu'en soient les apparences, du moment qu'il est commis dans un état qui exclut la liberté morale, n'est pas même un péché véniel. Pourquoi admettre alors des circonstances atténuantes, là où il n'y a pas de faute, si ténue qu'on l'imagine? Ce principe des circonstances atténuantes, avec lequel les jurys de nos jours se tirent si souvent d'embarras, n'a pas pour seul inconvénient de sauver bien des coupables : il doit aussi faire condamner de temps en temps quelque innocent. *Interdà patitur justus.*

lard a été commuée en celle de la simple détention perpétuelle. C'était tout ce que le roi pouvait faire pour lui, puisque si Bouillard n'est pas coupable, au moins est-il un fou dangereux et qui doit être renfermé. Bouillard continue à jouir de toute la plénitude de sa raison, mais il persévère à ne voir dans les meurtres qu'il a commis qu'un fléau de Dieu, et il en rappelle de la justice humaine à la justice divine. (*N° de mai* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'une des principales causes des cors aux pieds et des moyens d'y remédier; par M. PALLAS, chirurgien principal des armées. — Tout le monde s'accorde à rapporter la production des cors à la mauvaise disposition de nos chaussures; mais en quoi consiste ce vice de confection? voilà où les avis se partagent : pour les uns c'est le défaut de longueur, pour les autres le défaut de largeur; pour quelques-uns même c'est l'excès de ces mêmes dimensions. M. Pallas, qui a fait une longue étude de cette question, croit que la cause la plus puissante, celle précisément dont on ne s'est pas occupé, consiste dans l'usage de la chaussure *munie de talons* qui s'élèvent plus ou moins au-dessus du niveau du reste de la semelle. En effet, dit-il, le pied étant constamment supporté sur un plan incliné du talon vers la pointe, tout le poids du corps, pendant la progression et la station, repose sur les parties supérieures, antérieures et latérales des orteils qui sont précisément les parties où se développent les cors chez les personnes qui font usage de souliers ou de bottes à talons.

Le remède ressort de ces considérations : raser les talons des bottes et des souliers afin de mettre la semelle dans une position horizontale. Il faut, en outre, que l'empeigne soit souple, élastique, pour obéir sans trop de compression aux inégalités des pieds. La forme des souliers doit être droite, de manière à pouvoir, à volonté, les changer de pied, afin de mieux varier le siége de la compression; car la chaussure faite sur deux formes de pied a toujours de la propension à se renverser en dehors. Enfin, lorsque les pieds sont déjà atteints par des cors ou des durillons, il faut confectionner la chaussure de manière que la semelle, d'inégale épaisseur, dirige le pied et par conséquent le poids du corps vers la partie opposée au siége du mal.

A l'aide de ces moyens l'auteur a depuis longtemps combattu les cors avec un succès constant ou en a prévenu le développement. (*Juin* 1846.)

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Observations sur le terme naturel de l'accouchement. — M. le docteur LERAY a fait sur ce sujet un long et intéressant mémoire dont voici les conclusions :

1° Le terme naturel de l'accouchement, aussi bien que celui des accouchements prématurés chez la femme, se rapporte à ses époques menstruelles. 2° Le retour de ces époques dans tout le cours de la grossesse est en rapport avec le quantième du mois correspondant à celui du jour où les règles ont commencé à paraître la dernière fois, quel que soit le nombre de jours comptés dans chaque mois. 3° Les annonces de l'accouchement à terme et des accouchements prématurés ont lieu sur le plus grand nombre des femmes au quantième désigné ou dans les sept jours qui suivent. 4° Néanmoins le commencement des douleurs expulsives peut encore se rapporter d'une manière normale, mais beaucoup moins fréquemment, au quinzième jour du dixième mois. 5° Tout accouchement à terme ou prématuré qui s'effectue avant l'époque du mois désignée peut être considéré comme étant en avance. 5° Tout accouchement qui s'effectue après le septième jour de la même époque peut être considéré comme étant en retard. 7° Les avances sont proportionnellement en beaucoup plus petit nombre que les retards, et le plus ordinairement même elles ne précèdent pas le terme désigné de plus de cinq jours. 8° Les retards, au contraire, n'ont pas de délais limités. 9° Enfin, dans l'un et l'autre cas, les causes de l'avance et du retard sont fort appréciables, bien qu'il s'en trouve cependant où il est impossible de les assigner avec certitude.

LA CLINIQUE DE MARSEILLE.

Des bons effets de l'acétate de plomb à l'intérieur dans le traitement de l'hémoptysie; par le docteur SIRUS-PIRONDI. — Il y a déjà longtemps que l'acétate de plomb a été essayé contre la phthisie; on a même cité des cas de guérison complète; mais Kopp s'est borné à le décorer du nom de *solamen phthisicorum*. M. Sirus-Pirondi le considère comme un adjuvant de la saignée dans le traitement de l'hémoptysie, et comme son remplaçant lorsque la perte de sang est légère.

L'auteur rapporte au long six observations. La quatrième et la cinquième semblent mettre hors de doute l'heureuse influence du sel plombique dans l'affection tuberculeuse des poumons, ce qui était déjà résulté des expériences de Stark et de Kopp.

La dose d'acétate de plomb a été de 15 centigrammes à 1 gramme 25 centigrammes. En général la tolérance s'est bien établie, mais non chez tous les malades. Des douleurs à la région ombilicale, accompagnées d'un sentiment de pesanteur à l'épigastre, sont les premiers signes qui indiquent un excès d'action du sel plombique; il faut alors suspendre le remède, ce qui suffit le plus souvent. Mais si les accidents saturnins s'aggravent, les préparations opiacées sont le meilleur moyen de les neutraliser. Chez quelques malades M. Sirus-Pirondi a vu la cessation complète d'hémorrhagies pulmonaires à la suite de l'apparition de quelques symptômes d'intoxication,

Mais ces faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse dire : *Post hoc, ergò propter hoc.* Un des malades n'a pu supporter le sel plombique, à si petite dose que ce fût.

(*N^os du* 16 *juin et du* 1er *juillet* 1846.)

ANNALES D'OCULISTIQUE.

Rupture de la cornée par suite de l'extraction d'une dent ; staphylôme ; opération; par le docteur DUVAL (Hégésippe), d'Argentan. — L'auteur de cette note est un des médecins des départements qui se sont fait au loin une réputation des plus légitimement acquises, et ce qui prouve qu'il n'est pas toujours besoin d'un grand théâtre pour se faire une grande renommée, c'est que M. Duval exerce dans une ville de 6,000 âmes ; et cependant il est consulté et appelé de toutes les parties de la Normandie ; ses travaux entrent pour une grande part dans les publications des *Annales d'oculistique*, qui lui ont récemment decerné un de leurs prix. — Ceci dit pour rendre justice à un praticien modeste que nous ne citons peut-être pas assez souvent, venons au cas remarquable qui fait l'objet de cette note. C'est une opinion répandue dans le peuple que l'extraction de certaines dents peut avoir une influence fâcheuse sur la vision. Or, voici ce qui vient d'arriver :

Un professeur de mathématiques du collége de Cherbourg, souffrant fort impatiemment une névralgie dentaire qu'il ne savait trop à quelle dent attribuer, se présente chez un officier de santé, lequel, cédant à ses instances, parvient, après des tentatives longtemps infructueuses, à arracher la première dent molaire du côté droit, la seule qui paraisse cariée. Les désordres locaux causés par l'extraction ont été plus graves et de plus longue durée qu'il n'est d'habitude en pareil cas. Deux mois après, un médecin de Caen crut reconnaître une fistule du sinus et une carie de l'os maxillaire, ce qui ne se trouva point confirmé lorsque ce médecin eut évulsé la molaire voisine. Malheureusement il crut devoir pénétrer dans le sinus, et pour cela il fractura l'os maxillaire dans la partie antérieure, et parvint, au milieu d'efforts inouis, à arracher un fragment de cet os. L'opéré, depuis l'extraction de sa première dent, n'avait jusque-là éprouvé que des douleurs sourdes, et rien de particulier du côté des yeux. Mais à l'instant où on lui brisa l'os maxillaire il éprouva une douleur effroyable, ses deux yeux se dévièrent de leur axe ; il perdit momentanément la vision ; la bouche se contourna dans le sens opposé à l'opération ; la langue perdit en partie sa faculté gustative et se dévia aussi ; l'ouïe, de son côté, cessa de percevoir les sons. La faculté visuelle se rétablit le lendemain du côté gauche, et le strabisme y cessa ; mais l'œil droit fut pris d'une violente ophthalmie, qui, malgré les collyres de zinc et de cuivre, malgré l'usage interne et externe de l'opium, de la belladone et de scarifications répétées de la conjonctive, amena en huit jours la rupture de la cornée, une hernie de l'iris, et à huit autres jours de là, lorsque M. Duval vit le malade, il existait un staphylôme énorme, qui était comme enchâssé dans un bourrelet de chairs livides.

M. Duval enleva le staphylôme et excisa largement le chémosis dans la totalité du pourtour de la cornée ; il en résulta une abondante effusion de sang, qui diminua beaucoup les douleurs incessantes éprouvées jusque-là par le malade. Grâce aux applications émollientes et narcotiques, la réaction fut à peu près nulle, et finalement il s'est formé un disque à demi transparent qui remplace et simule assez bien la cornée ; le globe de l'œil n'est même pas sensiblement diminué de volume, et il semble se mouvoir un peu ; la paupière aussi manifeste quelques velléités de mouvement. Le malade perçoit le passage de la main ; mais la bouche est restée déviée ; la langue continue d'être froide et insensible aux saveurs dans la moitié correspondante à l'opération, et l'ouïe d'être dure. Il existe une fistule du sinus maxillaire. Voilà l'état du malade six semaines après l'opération de M. Duval.

Pour cet ophthalmologiste, la cause déplorable de tous les désordres qui eurent lieu se trouve dans l'énervation qui fut la suite de la dilacération violente du nerf maxillaire supérieur. La conséquence pratique qu'il en tire est qu'il y a positivement du danger à faire l'extraction d'une dent, quelle qu'elle soit, et *à fortiori* à pratiquer des opérations majeures en cette partie, lorsqu'il existe des douleurs telles qu'on peut supposer que tout l'ensemble nerveux du trijumeau participe à la douleur dentaire locale.

M. Duval fait observer, relativement à l'ablation du staphylôme, qu'en se contentant d'enlever la cornée sans solliciter la sortie du cristallin, et en ménageant pour lors le corps hyaloïdien, on a une inflammation consécutive constamment beaucoup moindre que si on évacue la totalité des humeurs.

(*Cahier de mai et juin* 1846.)

Revue des journaux allemands.

ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE.

Influence toxique des papiers de tenture de couleur verte. — On sait que ces sortes de papiers contiennent souvent des sels d'arsenic et de cuivre. M. Gmelin en avait déjà signalé les dangers. La commission sanitaire du grand-duché de Bade, s'étant occupée de cette question, a demandé de nouveaux renseignements au savant professeur de Heidelberg, qui lui a répondu sous la date du 22 juin 1844.

M. Gmelin fait d'abord observer que les papiers jaunes, quoique contenant de l'orpi-

ment, ne donnent pas lieu à des accidents toxiques, à moins que ces papiers n'aient été grattés et que des ouvriers n'en aient inspiré la poussière. Mais il n'en est plus ainsi des papiers *verts*, dans lesquels on emploie depuis quelque temps des acétates et des arséniates de cuivre. On obtient avec ces sels une couleur émeraude brillante, tandis qu'avec le carbonate de cuivre on avait un résultat moins beau. L'auteur applique la même observation aux vernis à l'huile des appartements et aux visières des casquettes. Voici quelques nouveaux faits d'intoxication observés par M. Gmelin ; nous ne rapportons que les plus saillants.

Les époux Unholz couchaient dans un appartement tapissé de papier vert depuis trois ans. Il se manifesta une odeur désagréable dans la chambre ; le mari se réveillait tous les matins avec de la céphalalgie, une courbature générale, de la sècheresse dans la bouche ; ces symptômes se dissipaient dans la journée ; la femme se plaignait, pour son compte, d'une toux opiniâtre. Les deux époux virent ces symptômes se dissiper aussitôt qu'ils eurent changé de chambre à coucher.

Fauth, grand-bailli à Mosbach, surpris et incommodé d'une forte odeur de souris qui régnait dans son appartement, s'était proposé de lever le parquet, afin d'en faire déguerpir les souris qu'il y supposait par myriades. Mais, ayant entendu parler des travaux de M. Gmelin sur ce point, il fit enlever la tapisserie verte et l'odeur disparut.

Dans les *Annales de pharmacie de* 1836 (vol. XVII, page 136), M. Liebig, bien qu'il couvrit encore la tapisserie verte de la haute protection de son nom, cite l'observation d'un homme qui, pendant des années, avait une éruption au front causée par la visière verte de sa casquette. L'éruption disparut lorsqu'il supprima cette casquette.

Une servante éprouva quelques légers symptômes d'empoisonnement après avoir frotté une tapisserie verte avec un balai.

M. Gmelin fait observer que cette odeur repoussante de souris, que l'on n'observe que dans les pièces tapissées de papiers verts, ne doit être attribuée qu'aux émanations de l'arsenic. Il ne pense pas qu'il se forme de l'hydrogène arseniqué ; car ce gaz, quoique bien plus délétère, est sans odeur. M. Gmelin ne prohibe pas tout-à-fait les tapisseries de papier vert, ni les vernis de même couleur ; mais il pense qu'on doit les réserver pour les chambres exposées au midi, bien aérées et bien chauffées. On doit toutefois les quitter aussitôt qu'on y sent cette odeur caractéristique de souris, laquelle est, selon lui, produite par la fermentation de l'arsenic humide avec les matières organiques qui ont servi à faire la couleur. Il recommande enfin aux domestiques qui nettoient les murs tapissés ou vernis de vert, et surtout les ouvriers qui enlèvent ou appliquent ces papiers, d'avoir la précaution de se couvrir la bouche et le nez avec une éponge humide. (*III*e *cahier de* 1845.)

NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Du goître sous-sternal ; par le docteur GIEHRL. — Une variété de goître encore très peu connue consiste dans le prolongement d'un des deux lobes de la glande thyroïde, qui se prolonge sous la clavicule jusque dans la cavité thoracique, et y peut prendre un accroissement tel qu'il en résulte la mort par suite de la compression des organes contenus dans la poitrine. Un cas peut-être analogue est celui que rapporte Boerhaave, relativement à un amiral qui mourut avec les symptômes de l'asthme, et chez lequel on trouva une hypertrophie du thymus.

Le premier fait bien établi de goître sous-sternal a été rapporté par le docteur Zingl, de Monaco, dans sa dissertation inaugurale. Une servante de vingt-huit ans était affectée de dyspnée et de battements de cœur augmentant lorsque la malade se livrait à quelque mouvement ; en même temps que ces symptômes apparaissaient, on vit la glande thyroïde se tuméfier ; il se forma des varices au cou ; la malade se plaignit souvent de rhumes et de points de côté. Avec le temps, la dyspnée devint extrêmement forte, la toux plus intense, et les battements du cœur, plus obscurs, s'étendirent à toute la poitrine. Ces symptômes se compliquaient souvent de points de côté ; il s'y joignit enfin de la fièvre, de l'orthopnée, du délire, et la malade succomba. A l'autopsie, on trouva la glande thyroïde un peu augmentée de volume au cou, quoiqu'à un degré peu notable ; mais elle s'étendait jusqu'au péricarde par un prolongement dur, comme squirrheux, parcouru de veines variqueuses, et pesant environ deux livres.

Un second cas a été également observé à l'hôpital de Monaco, chez un homme d'une quarantaine d'années. Il avait une forte dyspnée et de l'œdème. A l'autopsie, lorsqu'on eut ouvert le sternum, on aperçut un corps volumineux, dur, recouvrant presque tous les viscères de la poitrine jusqu'au diaphragme, auquel il adhérait. C'était un prolongement du lobe gauche du corps thyroïde. Il avait l'aspect et la consistance d'un poumon hépatisé ; à l'incision il s'en écoula un liquide blanchâtre, trouble et visqueux. Les deux carotides, les veines caves descendantes, les nerfs vagues et les sympathiques de chaque côté étaient compris dans la tumeur. Il est probable que la tumeur datait de longtemps et n'avait d'abord pas causé de phénomènes notables à cause de la lenteur de son développement. Plus tard elle s'était rapidement accrue par suite d'une inflammation et n'avait pas alors tardé à emporter le malade.

Revue des journaux italiens.

BOLLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Tumeur du cou guérie par l'acupuncture ; par M. COSTELLI. — L'auteur désigne cette tumeur sous le nom assez vague de kyste ; il est probable qu'il s'agissait ici de l'affection connue sous le nom de bronchocèle ou d'hydrocèle du cou. Voici, du reste, l'observation, qui présente de l'intérêt :

OBS. — Une jeune fille portait au côté droit du cou, sous le muscle sterno-mastoïdien, une petite tumeur qui s'y était développée, six mois auparavant, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau, lequel avait provoqué une violente contraction des muscles du cou. Elle n'avait éprouvé sur le moment aucune douleur notable; mais la tumeur avait commencé dès lors à apparaître, et elle finit par acquérir le volume d'une noix. Après avoir inutilement employé les frictions iodurées, M. Costelli eut recours à l'acupuncture, qu'il répéta cinq fois de suite, tous les deux jours. Il commença par n'introduire que deux aiguilles; mais il en porta ensuite graduellement le nombre jusqu'à sept. Ce nombre était probablement trop considérable, car il se manifesta une vive réaction inflammatoire qui obligea l'auteur de suspendre l'opération pendant une semaine et d'employer des cataplasmes émollients. Le gonflement s'étant dissipé, il en revint à l'acupuncture, mais avec un nombre moins considérable d'aiguilles; il ne dépassa pas le nombre de cinq ; encore ne l'employa-t-il qu'une fois. Lorsque leur introduction était peu douloureuse, il traversait la tumeur de part en part; dans le cas contraire, il se bornait à les faire pénétrer jusqu'au centre du kyste. Elles étaient laissées en place une heure et demie ou deux heures au plus. Il ne sortit jamais par les piqûres que quelques gouttelettes de sang. Sous l'influence de l'acupuncture la tumeur diminua peu à peu et ne tarda pas à disparaître entièrement.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

De l'utilité et de l'économie relatives du coton cardé et de la charpie dans les pansements. — Des expériences sur ce point ont été faites par ordre du premier secrétaire d'État pour les affaires de la guerre et de la marine, qui avait commis à cet effet le conseil supérieur militaire de santé, présidé par le professeur A. Riberi, praticien éminent que nous avons déjà eu occasion de faire connaître à nos lecteurs. Les hôpitaux divisionnaires de Turin, d'Alexandrie, de Chambéry et de Cagliari ont été le théâtre de ces expériences. Voici quelles sont les conclusions formulées par M. Riberi :

1° Le coton appliqué immédiatement sur une partie du corps blessée ou dénudée est un stimulant moins opportun que la charpie; il y cause bien plus que cette dernière de la chaleur et de la douleur. 2° Le coton cardé, à cause de son impénétrabilité presque absolue, opère en sens inverse de la charpie, c'est-à-dire laisse stagner le pus. 3° Le coton adhère avec plus de ténacité que la charpie aux boutons charnus des ulcères ou des plaies suppurantes, surtout quand les surfaces sont irrégulières, ce qui amène encore la stagnation du pus, augmente les douleurs dans les pansements et cause quelquefois la déchirure de la cicatrice. 4° On a plusieurs fois observé qu'en substituant le coton à la charpie sèche sur un ulcère peu étendu et en voie de cicatrisation rapide, on occasionnait des symptômes de réaction suivis de destruction prompte de la cicatrice presque entièrement formée, du développement de chairs fongueuses et quelquefois d'inflammations érythémateuses. Le coton enduit d'onguents émollients et réfrigérants faisait souvent disparaître ces accidents; puis, lorsque la cicatrice commençait à se reproduire, on recourait de nouveau avec avantage à la charpie sèche jusqu'à parfaite cicatrisation. 5° Les cas où le coton cardé a réussi ont été ceux où les ulcérations étaient ramenées par l'art à l'état de simplicité la plus grande, et cicatrisaient, par exception, sous une croûte due à la condensation du pus. Le coton a encore paru utile dans les vieux ulcères presque inertes, dans les cas de blessures accompagnées de stupeur, à cause de la violence de la commotion, de l'asphyxie locale ou d'un grand abaissement de température.

Sous le point de vue de l'économie, enfin, la charpie l'emporte encore sur le coton cardé ; une livre de ce dernier coûtant autant que trois livres et demie de charpie.

On voit, d'après cela, que le coton, tant vanté il y a une quinzaine d'années, n'est plus en faveur, au moins dans les États sardes. (*Février* 1846.)

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Chorée électrique.— Le docteur Dubini a lu sous ce titre, au congrès de Naples, la description d'une variété nouvelle de chorée, que l'on ne trouve décrite nulle part, et qui cependant ne paraît pas être très rare, puisqu'il a eu à lui seul l'occasion d'en observer 38 cas dans l'espace de neuf ans. Cette variété se distingue surtout de la chorée ordinaire en ce qu'elle est presque toujours mortelle.

La chorée électrique est caractérisée par des secousses musculaires, se succédant à des intervalles plus ou moins rapprochés, ressemblant à celles qui proviennent de décharges électriques. Elles attaquent d'abord un doigt, un membre, une moitié de la face, surtout la partie droite, et gagnent en peu de jours la moitié correspondante du corps; les mouvements électriques sont presque continus; il s'y en ajoute d'autres d'apparence convulsive au nombre de 2, 3, 5 ou plus dans les vingt-quatre heures; le pouls s'accélère, la peau se couvre de sueur. Le malade éprouve ensuite quelques intervalles de repos; mais ce n'est que pour un temps limité; et lorsque les mem-

bres ont été souvent atteints de la maladie, ils finissent par tomber graduellement dans un véritable état de paralysie.

La frayeur paraît être la cause la plus fréquente de la maladie, qui s'en prend particulièrement, mais non pas cependant uniquement, aux individus de 7 à 20 ans, robustes et bien portants.

La chorée électrique est quelquefois annoncée par de la céphalalgie, des douleurs à la nuque et le long de la colonne vertébrale.

L'accès fini, le côté du corps qui en a été le siége reste en partie paralysé. A mesure que la maladie fait des progrès, les contractions musculaires augmentent de fréquence et gagnent l'autre côté du corps, tout en devenant de plus en plus faibles, jusqu'au moment où elles cessent pour faire place au coma, à l'agonie et à la mort.

La durée ordinaire de la maladie est de un à trois mois, et même plus.

Ces symptômes si graves ne correspondent à aucune lésion anatomique constante. On ne trouve, dans la plupart des cas, qu'une légère congestion veineuse des méninges.

La mort est la règle, la guérison l'exception, de sorte que la thérapeutique de cette redoutable maladie est encore à trouver, quoique l'auteur ait dirigé contre elle les moyens les plus variés. La plupart ont été sans résultat; la saignée était pernicieuse. Les seuls médicaments qui aient paru diminuer la violence des attaques sont l'oxyde de zinc uni à la valériane et l'extrait de jusquiame. Le docteur Rotondi leur attribue même trois succès.

Voici en peu de mots comment l'auteur établit les caractères différentiels de la danse de Saint-Guy et de la chorée électrique :

1° La *danse de Saint-Guy* est caractérisée par des mouvements irréguliers, partiels ou généraux, variant à chaque instant, donnant lieu à des gestes involontaires, souvent ridicules. C'est presque toujours le côté gauche du corps qui est affecté. Les contractions musculaires sont désordonnées.—La chorée électrique est caractérisée par des secousses analogues à celles produites par des décharges électriques, toujours semblables à elles-mêmes, occupant toujours les muscles primitivement atteints, sauf le cas d'extension à d'autres points, n'occupant ordinairement qu'un seul côté du corps, et de préférence le droit. Les contractions musculaires sont identiques.

2° Dans la danse de Saint-Guy, le malade a une mobilité de caractère qui le fait rire et pleurer sans raison, ou bien il est dans un état d'indifférence apathique.—Dans la chorée électrique, le malade connaît la gravité de son mal; son caractère ne change pas spontanément.

3° Les mouvements de la danse de Saint-Guy ne sont pas nécessairement suivis de paralysie. Si le malade ne peut se soutenir sur ses membres, cela dépend de leurs mouvements désordonnés. — Dans la chorée électrique, les secousses convulsives aboutissent insensiblement et quelquefois tout d'un coup, après les premiers accès, à la paralysie.

4° La danse de Saint-Guy a le plus souvent une terminaison heureuse. La mort, lorsqu'elle a lieu, est toujours le résultat d'une maladie intercurrente.—La chorée électrique se termine presque toujours par la mort; celle-ci est due aux progrès mêmes de la maladie qui, en se généralisant, détermine un état apoplectiforme permanent. (*Janvier* 1846.)

Revue des journaux anglais.

DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Effets de l'ergot de seigle sur la femme et l'enfant pendant le travail de l'accouchement; par M. Samuel Hardy. — Le seigle ergoté manifeste quelquefois son action sur l'utérus au bout de 7 minutes. Le terme moyen est de 15 minutes. M. Hardy a observé que l'effet s'est toujours prononcé dans les 25 minutes, lorsque l'enfant est venu vivant.

De 15 minutes à une demi-heure après la prise du remède, le ralentissement du pouls commence. Ce phénomène établit une contre-indication à l'emploi de l'ergot dans les cas d'épuisement par hémorrhagie ou toute autre cause, dans la crainte que l'effet déprimant, en augmentant la longueur de la puissance circulatoire, ne détermine une faiblesse mortelle. L'état de ralentissement du pouls dure quelquefois plusieurs jours après le travail, même quand il survient une inflammation de l'utérus. Alors aussi la tumeur de l'utérus conserve quelquefois plus de volume, comme si le placenta s'y trouvait encore.

La circulation fœtale subit l'influence de l'ergot de seigle, dans la majorité des cas, dans l'espace de 15 minutes à une demi-heure après l'ingestion.

L'effet le plus ordinaire, et en général le premier, est la diminution de fréquence des battements cardiaques; puis vient l'irrégularité des pulsations, qui continue plus ou moins jusqu'à ce que les bruits deviennent intermittents, puis, à la longue, cessent de se faire entendre. M. Hardy avance que, lorsque les pulsations sont réduites au-dessous de 110, et sont en même temps intermittentes, l'enfant ne peut que rarement être sauvé et il faut terminer l'accouchement aussi vite que possible. La réduction des battements sans intermittence n'est pas aussi redoutable; il a observé un cas où il n'y en avait que 56, mais sans intermittence, et l'enfant vint vivant.

Il est donc très important, quand on a donné le seigle ergoté, d'ausculter le cœur de l'enfant, car cette exploration doit apprendre le moment où il faut absolument terminer et quand on peut attendre encore l'effet des efforts maternels.

M. Hardy n'a jamais vu survenir la métrorrhagie lorsque l'utérus a été placé d'une manière marquée sous l'influence du seigle ergoté.

DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Forme particulière de gastro-entérite pro-

duite par l'usage des pommes de terre malades; par M. O'Brien, de Ballymore. — L'auteur rapporte une vingtaine de cas qui seraient peut-être mieux désignés sous le nom d'empoisonnement que sous le terme si vague de gastro-entérite. Quoi qu'il en soit, l'observation suivante peut donner une idée des accidents toxiques qui ont dû se présenter si souvent chez les habitants affamés des campagnes de l'Irlande.

Obs. Patrick Carragher, âgé de 17 ans, commence par être pris de frissons violents, de céphalalgie, de douleurs abdominales. Le pouls est fréquent et la peau sèche ; il y a de la constipation. A la fin du second jour, il présente un gonflement érysipélateux de la face, en même temps qu'il éprouve des nausées, une vive sensibilité à l'épigastre et à l'hypochondre droit, des douleurs dans les jointures. Il y avait de l'agitation ; la langue était blanche et chargée; la diarrhée avait succédé à la constipation. Le troisième jour, la langue se sécha et prit un aspect comme brûlé. Le malade se plaint de douleurs horribles au cou, aux épaules et dans les grandes articulations ; pouls petit et fréquent ; œdème des paupières. La convalescence ne s'établit que le vingt-cinquième jour. Le traitement employé consista d'abord dans des purgatifs salins ; on donna ensuite du calomel associé à l'opium, et enfin de l'iodure de potassium dans une infusion de gentiane.

Les symptômes qui se sont le plus fréquemment présentés chez les malades de M. O'Brien sont les suivants : au début, prostration des forces, douleurs lombaires, constipation et fréquence de la respiration; plus tard, œdème des paupières, tuméfaction et sensibilité excessive des muscles deltoïde et biceps, douleurs osseuses, urines sédimenteuses.

Dans trois des cas observés par M. O'Brien, il y a eu une urticaire très intense.

Ces éruptions érysipélateuses et ortiées jointes aux autres phénomènes indiquent donc bien plutôt une intoxication de l'économie qu'une phlegmasie simple.

BRITISH AND FOREIGN MEDICAL REVIEW.

Action physiologique et thérapeutique de l'aconit napel. — Le docteur Fleming s'est livré sur ce sujet à des recherches dont les résultats ont cela de remarquable qu'ils s'accordent avec ceux obtenus par M. le docteur Bertini, de Turin, que nous avons rapportés dans notre numéro de septembre dernier, page 113.

Nous ne rapporterons pas les résumés statistiques de M. Fleming ; dénués de détails, ces sortes de tableaux n'ont et ne doivent pas avoir toute l'autorité à laquelle prétend leur importance numérique. Nous nous bornerons donc simplement à dire qu'il a guéri près de la moitié des névralgies qu'il a traitées par l'extrait d'aconit, et environ la même proportion de douleurs dentaires, soit en frictionnant les gencives avec de la teinture d'aconit, soit en introduisant dans la dent cariée un morceau de coton imbibé de cette liqueur. Il a également guéri un tiers des migraines.

C'est particulièrement dans les cas de rhumatismes que l'aconit a réussi entre les mains du docteur Fleming. Nous avons peine à croire toutefois que l'auteur ne se fasse pas quelque illusion en disant qu'il a ainsi guéri *tous* les rhumatismes qu'il a traités (au nombre de 22), dans un intervalle moyen de 5 à 6 jours, dans trois cas même au bout de 2 jours. Nous croyons plus volontiers que le soulagement a pu être très rapide après l'administration de l'aconit.

M. Fleming se montre également satisfait de l'aconit dans le rhumatisme chronique. Voici quel est le mode d'administration qu'il recommande :

Si l'on se propose d'obtenir un effet calmant, on donne 5 gouttes de teinture trois fois par jour, et l'on augmente chaque jour la prise d'une goutte, jusqu'à ce que l'on obtienne les effets physiologiques du deuxième degré de l'intoxication.

Si c'est à un effet antiphlogistique que l'on tend, la même dose de 5 gouttes de teinture d'aconit est répétée toutes les heures jusqu'à ce que l'on arrive de même au deuxième degré d'intoxication. On se borne alors à donner 2 gouttes et demie de teinture toutes les trois ou quatre heures, suivant le résultat obtenu. Il va sans dire, toutefois, que chaque nouvelle dose n'est administrée qu'après un examen attentif de l'état du malade.

M. Fleming fait aussi usage de la teinture d'aconit à la dose de 4 grammes et au-dessus, en frictions, trois fois par jour.

Revue pharmaceutique et formules.

Remèdes anti-épileptiques du docteur Marochetti. — Le docteur Marochetti est un médecin italien, habitant la Russie depuis plus de trente années, lequel passe pour s'être livré à une multitude d'expériences sur l'épilepsie, et souvent avec succès. Il a publié sur cette maladie un livre dans lequel il cite plusieurs centaines de succès ; mais ce livre, écrit en langue russe, n'a pas encore été traduit dans un idiome plus répandu. Il paraît également que le docteur Marochetti avait fait jusqu'à ce jour un secret de ses remèdes qu'il préparait lui-même. Mais, dans une lettre qu'il vient d'écrire à un de ses confrères et compatriotes d'Italie, il annonce que, se sentant près de mourir, il ne veut pas voir se perdre pour la pratique le fruit de ses longues études sur l'épilepsie. Tels sont les motifs que nous valent la publicité de ces recettes que nous allons transcrire ici, en souhaitant qu'elles justifient la crainte que l'auteur manifeste de voir a formule s'en perdre.

Les remèdes du docteur Marochetti sont de deux classes : les pilules pour le premier degré et les gouttes pour le second.

Les pilules se donnent une par une, trois fois par jour, le matin à jeun, à midi, et le soir

en se mettant au lit. Le malade doit boire un verre d'eau après chaque pilule.

Quant aux gouttes, on en prend cinq, trois fois par jour dans l'enfance, dix gouttes dans l'adolescence, et puis quinze, de la manière indiquée pour les pilules.

Le docteur Marochetti commence toujours par les pilules et les emploie pendant un mois environ. S'il les voit inefficaces, il leur associe les gouttes qui se prennent sur un morceau de sucre. Si, au bout de trois mois, il n'y a pas de guérison ou du moins d'amélioration notable, il suspend le traitement et déclare la maladie incurable.

Si les circonstances étiologiques fournissent quelque indication, l'auteur a soin avant tout de remplir celle-ci. Ainsi, si l'épilepsie paraît tenir à la suppression d'une éruption cutanée, il s'attache à la rappeler.

Pilules anti-épileptiques.

Premier degré.

Extrait d'aloès en poudre 4 grammes.
Gomme-gutte en poudre 2 *id.*
Mêlez en ajoutant peu à peu :
Essence d'anis 8 gouttes.
Mêlez pour une poudre.

Deuxième degré.

Extrait aqueux de rhubarbe sec, 1 gram.
Ou bien
Extrait aqueux mou de rhubarbe récemment préparé 1 gr. 30 cent.
Extrait sec de feuilles de muguet 40 cent.

On cesse l'emploi de ce médicament quand le système nerveux du malade est très irritable.

Mêlez bien avec quantité suffisante d'eau commune pour faire un sirop.

Mêlez le tout, et faites-en des pilules du poids de 10 centigrammes.

Gouttes anti-épileptiques.

Deuxième degré.

Alcool à 22° 450 gram.
Poudre de racine d'angélique 60 *id.*
Faites macérer pendant 48 heures, et ajoutez :
Anis étoilé en poudre } de chaque 8 gram.
Semences de cardamome }
Écorce de la racine d'alcanna 4 *id.*
Racine de zédoaire en poudre 6 *id.*
Safran oriental } de chaque 8 *id.*
Opium pur }
Laissez macérer toutes ces substances dans un vase bien fermé pendant deux semaines, filtrez, et ajoutez :
Huile volatile de fleurs de camomille } de chaque 25 gout.
Huile volatile de fleurs de valériane }
Huile volatile d'écorce de citron 20 *id.*
— de cannelle vraie 15 *id.*
— de naphthe vrai 25 *id.*
Éther sulfurique 1 gr. 30 cent.
Faites digérer pendant deux semaines.

N. B. Ajoutez au liquide, après l'avoir exprimé pour en extraire toute la teinture, une livre de sirop simple très chaud ; couvrez le vase, et au bout de deux jours passez avec expression. Conservez ce sirop sous le nom de *sirop antispasmodique.* On pourra le donner à petites doses dans les convulsions légères des enfants, dans les spasmes hystériques, en y ajoutant une eau distillée aromatique quelconque.

Le docteur Marochetti rappelle en terminant que le bon effet de ces remèdes dépend, en grande partie, de leur bonne préparation et de leur bonne administration. Il n'omet pas non plus de nous apprendre que la présentation de son ouvrage sur l'épilepsie à l'empereur de Russie lui a valu le présent d'une belle bague en brillants, de la part de ce souverain. (*Gazette médicale de Montpellier.*)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *juin* 1846.

Présidence de M. ROCHE.

Discussion sur la peste et les quarantaines.

(Suite).

Presque toute la séance est occupée par un discours de M. Poiseuille. L'honorable membre a pour but de discuter les faits qui se rapportent aux documents du lazaret de Marseille, faits qui prouvent la transmissibilité de la peste loin des pays contaminés, soit à bord des bâtiments, soit dans les lazarets. Ces faits, fixés par la commission au nombre de 32, avaient, on se le rappelle, été réduits à 4 par M. Dubois (d'Amiens), et encore à quatre cas sur lesquels, selon lui, pouvait encore planer du doute. L'argumentation de M. Poiseuille, appuyant sur chaque fait en particulier, ne se prête pas à l'analyse. Il termine en proposant les mesures de police suivantes :

1° Dès qu'nn bâtiment, quittant un port des Échelles du Levant, aura pris le large, toutes les parties de l'intérieur du navire devront être ventilées d'une manière convenable, et, si faire se peut, fumigées, plusieurs fois par jour, pendant toute la traversée.

2° Dans les divers clos du lazaret, plusieurs chambres, trois ou quatre, peu distantes les unes des autres et n'appartenant pas au même corps de bâtiment, d'une grandeur suffisante, pouvant être facilement aérées, contenant chacune un lit et tout ce qui est nécessaire à un malade, seront affectées à chaque pestiféré, de telle sorte que dans l'espace de 24 heures il puisse être transporté, si son état le permet, tour à tour de l'une dans l'autre et ne séjourner dans une chambre qu'il aura quittée qu'après qu'elle aura été bien fumigée et bien ventilée.

3° Une salle dans laquelle sera amené le malade, toujours dans le cas où son état ne s'y opposerait pas, sera destinée aux visites des médecins qui, après avoir examiné le pestiféré, feront les prescriptions nécessaires. Dans le cas contraire, les médecins se rendront auprès du malade dont la chambre aura été préalablement ventilée.

Séance du 23 juin.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire. La section a présenté la liste suivante de candidature, par ordre alphabétique :

MM. Huguier, Larrey, Malgaigne, Manec, Robert et Vidal (de Cassis).

Le nombre des votants inscrits sur la feuille de présence est de 104 ; majorité 53.

MM.	Malgaigne obtient,	37 suffrages.
	Robert	23
	Manec	19
	Vidal	15
	Huguier	7
	Larrey	3

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin. Votants 101 ; majorité 51.

MM.	Malgaigne obtient	54 suffrages.
	Robert	29
	Manec	15

Vidal, Huguier et Larrey, chacun 1.

M. Malgaigne est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Peste et quarantaines. — La parole est à M. Desportes, qui critique vivement le rapport de la commission, et lui reproche d'avoir plutôt en vue les intérêts du commerce que ceux de l'humanité. Or, selon lui, les intérêts du commerce sont peu du ressort de l'Académie. Il eût donc préféré que la commission se bornât à prescrire des mesures de préservation, consistant, pour les pays envahis par la peste, à assainir le territoire, à améliorer la condition des populations, et, pour toutes les nations, consistant à établir des quarantaines à l'égard du peuple qui se refuserait à détruire sur son territoire toutes les causes qui ont été signalées comme capables d'exciter le développement de la peste ou de toute autre épidémie meurtrière, par exemple de la fièvre jaune, du choléra, etc. Pour la France en particulier M. Desportes propose une réforme radicale sur tous les points de l'hygiène publique. En ce qui concerne le rapport, voici sa proposition :

L'Académie n'entend pas donner son approbation au corps du rapport, qui restera ainsi purement et simplement le travail de la commission ;

Et elle considère ce travail uniquement comme un thème, et une opinion reproduite sur la peste, et qui n'a pas d'autre destination que de servir d'introduction à la discussion des questions médicales concernant certaines mesures de préservation, et les quarantaines en particulier.

Séance du 30 juin.

Peste et quarantaines. — La séance est remplie par deux importants discours (encore n'y a-t-elle pu suffire), parfaitement tranchés dans leurs conclusions : l'un de M. Londe, qui a été la plus forte attaque contre l'opinion contagioniste, l'autre de M. Pariset, qui en a été, d'un bout à l'autre, une brillante apologie.

M. Londe s'est d'abord attaché à rejeter toute la responsabilité du rapport sur M. Prus, qui en a été l'auteur unique, qui, par un procédé insolite, en a commencé la lecture alors que les autres membres de la commission n'en connaissaient encore qu'une partie.

Après avoir ainsi blâmé la forme, M. Londe attaque non moins vivement le fond du rapport, et il arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La peste n'est point transmissible de l'individu malade à l'individu sain, lorsque celui-ci est hors du foyer de l'épidémie.

2° Si la transmission n'est pas effectuée par le pestiféré lui-même, elle ne l'est pas davantage par les vêtements.

3° La peste n'est pas transportable par des marchandises qui viennent des pays où elle règne.

4° L'absence des quarantaines ne favorise en rien la transmission de cette maladie.

5° Leur rigueur n'en arrête pas la propagation.

6° Les seuls moyens préservatifs qu'on puisse employer contre la peste consistent à assainir les lieux où elle prend naissance et à soulager la misère des habitants qui les habitent ; ces moyens ont toujours arrêté la peste, quelque multipliés qu'aient été les contacts.

Le rapport devrait donc, selon lui, exprimer les vœux que forme l'Académie pour l'abrogation de notre législation sanitaire, législation que M. Londe qualifie de ridicules superstitions et d'odieuses entraves dont le gouvernement lui-même médite la destruction.

M. Pariset commence dans cette séance un de ces longs et beaux discours que l'Académie écoute avec une religieuse attention, et qu'il faut renoncer à analyser. Il est bon de remarquer que cet honorable académicien est le seul membre de la commission, le seul peut-être de l'Académie, qui ait vu la peste. M. Pariset soutient avec chaleur la thèse de la contagion. Toutes nos pestes d'Occident ont eu pour lui leur origine à Constantinople ou à Alexandrie, d'où elles ont été importées dans nos contrées. M. Pariset réserve d'ailleurs une partie de ses arguments pour la suite de la discussion, ce qui ne présage pas une solution prochaine à la question.

Séance du 7 juillet.

Peste et quarantaines. — M. Pariset achève le discours qu'il a commencé dans la séance précédente.

M. Bégin prend ensuite la parole pour défendre le rapport ; il panse de son mieux les innombrables meurtrissures que tout le monde a faites à ce dernier, contagionistes et anticontagionistes. Il finit en le recommandant à l'adoption, tout en promettant, pour fléchir l'Académie, d'adhérer aux modifications de détail que la discussion approfondie des articles pourra faire surgir et motiver, soit dans sa partie scientifique, soit dans ses propositions d'application.

M. Piorry. — Le discours de l'honorable académicien se résume dans les conclusions suivantes :

1° La peste ne peut guère se transmettre que par l'absorption pulmonaire des miasmes répandus dans l'air. Cette transmission a lieu dans les contrées où d'ordinaire elle sévit; elle est à craindre : 1° dans ceux où beaucoup de pestiférés sont réunis et encombrés ; 2° dans les espaces où l'air se renouvelle mal, et qui ne sont pas d'une suffisante étendue pour l'habitation d'un seul ou de plusieurs malades atteints de la peste.

2° De telles circonstances de transmission n'exigent pas des quarantaines, mais des mesures hygiéniques sévères propres à éviter l'encombrement des pestiférés, et à assurer à chacun d'eux des habitations vastes et aérées.

3° Rien ne prouve que la peste se transmette par les voies digestives, et, sous ce rapport, les substances alimentaires ou les boissons provenant des lieux où règne cette épidémie ne sont en rien dangereuses, et peuvent être admises en libre pratique.

4° Les poisons non corrosifs, les venins, les virus, les miasmes ne pénétrant pas dans l'économie par la peau *alors que l'épiderme est intact*, surtout lorsqu'ils sont secs, il y a tout lieu de croire qu'il en est ainsi de l'agent pestilentiel. Donc, toute marchandise destinée aux habillements pourra, en général, être admise en libre pratique ; seulement il sera utile d'établir, sous ce rapport, une exception pour les tissus destinés à être en contact direct avec le tégument.

5° Il est à peine dangereux pour une ville salubre de recevoir dans un lieu espacé et bien aéré un pestiféré, actuellement convenablement soigné; il y aurait, au contraire, pour cette cité, les plus grands inconvénients à recevoir plusieurs malades semblables dans un même lieu, ou à en placer un seul dans un espace étroit où l'air ne se renouvellerait pas d'une manière convenable.

6° C'est spécialement dans des villes mal bâties, dont les habitants occupent des espaces étroits et encombrés ; dans celles où règnent de grandes causes d'insalubrité, telles que de la vase ou des immondices agglomérés, que l'arrivée des pestiférés est à redouter. Sous ce dernier rapport, ce qui serait bien plus utile que des quarantaines pour la ville de Marseille, ce serait de nettoyer son port, d'où s'élèvent des émanations qui, à elles seules, pourraient avoir de plus graves inconvénients peut-être que la peste non compliquée d'émanations putrides.

M. Bricheteau n'admet pas les idées que l'on a émises touchant la salubrité de l'Égypte depuis les temps les plus anciens jusqu'au IVe siècle de notre ère. Il pense toutefois que si la peste eût été autrefois fréquente à l'embouchure du Nil, comme elle l'est de nos jours, Alexandre n'eût point fondé dans la Basse-Égypte une ville qu'il destinait à être la capitale de l'empire des Grecs, de même que si l'ancienne Bysance eût été un foyer d'épidémies et d'endémies de peste, elle ne fût jamais devenue Constantinople. Il y a donc à faire la part de la misère de ces contrées. En définitive, M. Bricheteau ne croit pas à la contagion de la peste; mais il admet sa transmission par infection prolongée de l'atmosphère. Il ne veut donc pas qu'on enferme les sujets suspects et les malades dans des lazarets : bien loin de là, il demande qu'on les dissémine dans des habitations saines.

M. Bricheteau croit que la commission avait, théoriquement parlant, à peu près la même manière de voir. Il ne lui fait pas un crime d'avoir conclu différemment, à cause des préventions du midi de la France qu'elle avait à ménager, non moins que les scrupules respectables de l'autorité supérieure, qui a besoin d'être profondément convaincue avant d'anéantir de vieilles institutions, regardées, à tort ou à raison, comme préservatrices de la peste. M. Bricheteau adopte donc volontiers les conclusions du rapport.

Séance du 14 juillet.

M. le président annonce à l'Académie que, par suite du décès de trois de ses membres, MM. Demangeon, Bouillon-Lagrange et Clarion, une place est actuellement vacante. Il sera procédé dans la prochaine séance à la nomination d'une commission de onze membres pour déterminer à quelle section appartiendra la nomination.

Peste et quarantaines. — M. Pariset a la parole pour la lecture de la seconde partie de son discours. Ses remarques portent sur l'endémicité de la peste, sur la contagion de cette maladie, sur ce qu'on appelle infection, sur la durée de l'incubation, et sur ce génie épidémique dont on a fait tant de bruit.

M. Pariset prouve par des faits que la peste n'est pas endémique en Syrie, contrée des plus saines; cependant elle y a souvent fait d'affreux ravages ; mais elle ne saurait s'y maintenir, à moins d'y être sans cesse alimentée par la voie de la navigation : preuve que la peste est contagieuse. Elle n'est pas endémique à Constantinople, quoiqu'elle y ait souvent régné épidémiquement ; mais, avec les précautions prises dans ces dernières années, on a fini par interdire à la peste l'entrée de cette capitale, et voilà huit ans qu'on ne l'y a vue : preuve nouvelle qu'auparavant elle y était apportée ; car on n'a changé ni l'air, ni les eaux, ni les lieux, ni le sol. La peste n'est pas davantage endémique dans les États barbaresques ; s'ils l'ont souvent donnée à l'Europe, c'est qu'ils l'avaient reçue ; mais elle n'a pu s'y maintenir : elle y avait donc été apportée.

Une seule contrée au monde est un foyer permanent de peste, et c'est l'Égypte. M. Pariset ne saurait trouver d'expression trop forte pour l'exprimer : elle en est la source prototype, la source procathartique ou primitive, comme l'avait dit Montesquieu ; elle est devenue pour l'homme un séjour de ruine et de mort, elle qui était autrefois un lieu de délices, de conservation et de santé. Pour en-

gendrer la peste, il faut donc que l'Égypte ait quelque maléfice particulier, et ce maléfice quel est-il? Je le dis pour la centième fois, et je le répéterai jusqu'à satiété, ce maléfice est l'empoisonnement par les émanations des cadavres, soit des cadavres des animaux, soit surtout des cadavres humains. L'Égypte d'aujourd'hui n'est qu'un vaste cimetière remué et découvert tous les ans par le Nil, depuis que les Égyptiens ne vont plus ensevelir leurs cadavres dans d'immenses cavités, ouvrages de la nature ou de l'art. En Égypte, la peste est spontanée; elle y est donnée par les cadavres; elle y est contagieuse.

Arrivé à la contagion, M. Pariset prouve qu'elle vient non-seulement des individus, mais aussi des effets; il en cite des preuves très nombreuses.

M. Pariset n'arrive qu'à une conclusion définitive : c'est que, pris dans son état actuel, le rapport de la commission n'est pas digne des suffrages de l'Académie (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 juin 1846.

Permanence des poisons et de l'antimoine en particulier dans l'économie. — M. Millon vient de faire sur l'antimoine des expériences qui prouvent que le séjour de ce métal, et d'autres poisons peut-être, dans l'économie, pourrait bien n'être pas aussi court que les toxicologistes le prétendent. Ainsi l'auteur, dans une de ses séries d'expériences, a administré l'émétique à des chiens, mêlé à leurs aliments à la dose de 4 décigrammes par jour. Au bout de dix jours, les aliments stibiés furent remplacés par des aliments ordinaires. Alors ces animaux ne touchaient plus à leurs aliments, et étaient d'une maigreur extrême. Par le retour au régime ordinaire, quatre d'entre eux se remirent à manger et reprirent peu à peu leur premier état; mais il y en eut deux qui ne purent résister aux effets de l'intoxication métallique et succombèrent dans le marasme. Chez les quatre chiens restants, le rétablissement fut complet après une vingtaine de jours; ils engraissèrent beaucoup, et quand on les autopsia, le premier après six semaines de cessation du régime émétisé, le second au bout de trois mois et demi, et le troisième après quatre mois révolus, on trouva l'antimoine en proportion notable dans le foie, mais principalement accumulé dans les os ou dans la graisse.

Traitement du cancer. — M. Tanchou adresse une lettre sur ce sujet, dont il a fait depuis plusieurs années l'objet d'études spéciales.

Il n'est pas, dit-il, de médicament dont l'effet soit plus marqué et plus constamment favorable que la dissolution très épaisse d'opium. Il a guéri par ce moyen des ulcérations superficielles évidemment cancéreuses; d'autres de la même nature, très profondes et très douloureuses, ont été rendues stationnaires et très supportables. Voici la formule de la dissolution que M. Tanchou oppose aux ulcérations cancéreuses :

Faire digérer pendant vingt-quatre heures, et à une chaleur modérée (24 à 25°), une dose d'opium brut en poudre ou en morceaux, dans une quantité d'eau suffisante pour faire une bouillie épaisse. Couvrir la surface malade de 2 ou 3 millimètres de cette préparation une ou deux fois par jour, et placer par dessus un morceau de papier collé ou de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

Séance du 29 juin.

De la maladie connue des anciens sous le nom de scélotyrbe ou sceletyrben. — M. Guyon s'est livré sur ce sujet à des recherches approfondies qui l'ont mené aux conclusions suivantes :

1° Que les accidents connus des anciens sous les noms précités ne sont autre chose qu'une des manifestations du scorbut; 2° que leur véritable cause peut éclairer la nature de la maladie en général en ce sens que désormais la difficulté des mouvements, tenant à des infiltrations musculaires, ne sera plus confondue avec celle qui se rattache à la débilité générale qui semble constituer le fond de la maladie.

Étiologie de la phthisie tuberculeuse. — M. Wanner, médecin à Salbris (Loir-et-Cher), adresse une note relative à cette maladie, qu'il désigne sous le nom de *pneumonie calculeuse*. Selon lui, les tubercules des poumons ne seraient dus qu'à la présence des principes minéraux qui se trouvent déposés en excès dans ces organes. Préoccupé depuis longtemps de cette opinion, l'auteur est allé habiter la Sologne, pays où il avait entendu dire qu'il n'existait pas de phthisiques, ce qu'il reconnut être extrêmement vrai. Ainsi il n'y a ni phthisiques, ni scrofuleux, ni enfants affectés du carreau, mais dans une partie seulement de cette contrée, et il attribue l'absence de ces affections au *manque de chaux*, que l'on ne rencontre dans ce pays sous aucune forme.

Séance du 6 juillet.

M. Serres communique, au nom de M. Belhomme, un fait d'encéphalocèle congéniale.

Traitement de la chlorose des végétaux par les sels de fer. — M. Eusèbe Gris met sous les yeux de l'Académie quelques résultats des expériences qu'il poursuit au Jardin-des-Plantes sur l'application des sels de fer à la végétation, et spécialement au traitement de la chlorose végétale. Tantôt il provoque l'absorption de ces sels par les racines, tantôt par la voie épidermique. Ce sont les résultats obtenus par cette dernière méthode que l'auteur présente aujourd'hui à l'Académie. Il opère surtout sur des chênes de l'Amérique du Nord, dont quelques-uns présentent la totalité de leurs rameaux dans un état de chlorose plus ou moins avancée. Quelques-uns de ces rameaux sont immergés un instant dans une faible dissolution de chlorure ou de sulfate de fer. Après quelques jours, les feuilles de ces rameaux

(1) Nous donnerons dans le prochain n° un extrait du discours de M. Pariset.

reverdissent sur la totalité du limbe, ou plus souvent la revivification de la chromule s'annonce par des macules vertes plus ou moins larges, que de nouvelles immersions finissent par rendre confluentes. Le rameau expérimenté reprend peu à peu un air de vie individuelle et une vigueur de végétation qui contrastent d'une manière remarquable avec celles des rameaux voisins.

D'après les nombreuses expériences comparatives de l'auteur, tous les sels, autres que ceux de fer, sont impuissants pour produire sur la chromule des effets analogues à ceux qu'il signale dans cette note.

M. Adolphe Brongniart se plaît à déclarer qu'il a répété les expériences de M. Gris, et qu'il a obtenu des résultats conformes à ceux qu'annonce ce botaniste.

NOUVELLES MÉDICALES.

Par ordonnance du 6 mai, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Malle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chirurgien en chef de la Salpêtrière à Alger, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La Société de médecine de Paris avait mis naguère au concours la question suivante : « De l'iodure de potassium dans le traitement » des maladies syphilitiques.»

Dans la séance du 5 juillet dernier, cette Société savante a décerné le prix, consistant en une médaille d'or de 500 fr., à M. le docteur Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

— La Société royale de médecine de Toulouse avait proposé, pour sujet du prix à décerner en 1846, la question suivante :

« De quelle nature est le principe qui rend » purgatifs les fruits du nerprun? Ce principe » se trouve-t-il dans les autres parties de ce » végétal, ainsi que dans les fruits des espèces » du même genre, telles que la bourdaine, le » nerprun des teinturiers, l'alaterne, etc., et » dans quelles proportions? »

Aucun mémoire n'ayant rempli les conditions du programme, cette question a été retirée du concours.

La Société a décerné une médaille d'encouragement, *ex æquo*, à M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et à M. Payan, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

Une mention honorable a été accordée à M. Laforêt, chirurgien à Lavit (Tarn-et-Garonne).

La Société propose, pour sujet du prix à décerner en 1847, la question suivante :

« Faire l'histoire de l'éclampsie ou affection » convulsive chez les enfants;

» Exposer les symptômes qui la caractérisent suivant qu'elle est essentielle ou sympathique;

» Déduire de cet exposé, qui devra surtout » avoir pour base l'observation clinique, les » indications rationnelles qui se présentent » dans son traitement. »

Le prix est de la valeur de 300 fr.

Les mémoires concernant les grands prix devront être remis avant le 1er mars de chaque année. Il est nécessaire qu'ils soient écrits lisiblement en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise qui sera répétée dans un billet cacheté, où doit se trouver le nom de l'auteur.

Les ouvrages qui concourront pour les médailles devront être remis avant le 1er avril 1847. Les auteurs feront connaître leurs noms. On n'admettra point au concours ceux qui auront été déjà communiqués à d'autres sociétés.

— La Société des sciences médicales de la Moselle met au concours pour 1846 les sujets de prix suivants :

1° Faire l'examen des habitations d'un quartier quelconque de la ville de Metz, considérées comme causes de certaines maladies qui se développent dans la classe indigente.

2° Faire la statistique médicale de la ville de Metz, ou d'un des cantons du département de la Moselle.

3° Décrire anatomiquement les corps connus sous le nom de *follicules de Peyer et de Brunner*; démontrer s'ils sont pourvus ou non d'un canal excréteur, et faire connaître le rôle qu'ils jouent dans le cours de la fièvre typhoïde.

4° De la courbure accidentelle des os, produite par les coups, les chutes, la pression momentanée ou accidentelle; en décrire les symptômes en général, et insister spécialement sur les signes qui la rapprochent ou l'éloignent des fractures.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires seront admis, francs de port, à Metz, au secrétariat de la Société, avant le 1er janvier 1847.

—La Société médico-chirurgicale de Bologne vient de remettre au concours l'importante question proposée précédemment, et pour laquelle aucun ouvrage digne du prix ne lui avait été adressé. Cette question est la suivante :

« Rassembler et discuter tous les faits connus de maladies du nerf grand sympathique » et du pneumogastrique. »

Le prix est de 500 fr. Adresser les mémoires *franco* et dans les formes académiques, avant le 31 mai 1848, à M. le secrétaire de la Société.

— Le programme des questions mises au concours par la Société des sciences, des arts et des lettres de Hainaut, pour l'année académique 1846-1847, comprend entre autres la question suivante :

« *Chirurgie.* — Faire l'historique de l'opération de la pupille artificielle depuis son invention jusqu'à nos jours. Décrire les différents procédés employés, et indiquer les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. »

Les mémoires adressés à la Société doivent être remis *franco* chez M. Mathieu, secrétaire-perpétuel, avant le 1er janvier 1847.

— La Société royale des sciences de Goettingen a mis au concours pour 1848 une question ainsi conçue :

« On désire que la nature de l'*asthme spasmodique chez les adultes* soit étudiée davantage, et que surtout il soit recherché dans quelles circonstances cette maladie peut se présenter comme une affection purement et originairement nerveuse, et dans quelles autres elle doit être considérée comme une affection dépendante d'une autre altération ; ensuite on demande qu'on établisse de quelle manière on peut distinguer cette maladie des autres espèces d'asthmes et des affections qui se présentent sous forme d'attaques asthmatiques. »

Le prix est de 50 ducats.

Les mémoires doivent être remis francs de port, avant la fin de septembre 1848, au secrétaire de la Société.

Congrès scientifique. — Le quatorzième congrès scientifique de France se tiendra cette année à Marseille et s'ouvrira le 1er septembre prochain. Les Académies et Sociétés savantes de France sont priées de s'y faire représenter. La durée de la session sera de dix jours.

— La question des quarantaines doit être discutée solennellement au congrès scientifique de Gênes.

— Le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser une circulaire aux préfets relativement à la pêche des sangsues. Les renseignements qu'elle réclame ont pour but de favoriser la propagation de l'espèce, en interdisant, s'il y a lieu, la vente des sangsues dites *vaches* et des sangsues dont le poids est inférieur à celui de deux grammes.

— On annonce que M. le ministre de l'agriculture, accédant au vœu manifesté depuis longtemps par un certain nombre de conseils généraux, vient d'adresser aux préfets une circulaire relative à la création de dispensaires vétérinaires dans lesquels des secours gratuits seront administrés aux bestiaux des agriculteurs pauvres.

— Un établissement d'un nouveau genre se forme actuellement aux portes de Paris, à Montrouge. Les médecins qui le dirigent se proposent de soumettre certaines classes de malades à l'usage du lait de vache et du lait de chèvre, après avoir au préalable préparé les animaux par une médication propre à donner à leur lait telles ou telles propriétés curatives, selon les différentes médications que l'on se propose de remplir.

— L'affaire des dentistes vient d'être définitivement jugée. Par suite de l'arrêt rendu par la Cour de cassation, l'affaire avait été renvoyée devant la cour d'Amiens. M. l'avocat-général Dupont a conclu dans le sens de l'arrêt de cassation du 15 mai dernier.

La Cour, après un long délibéré en la chambre du conseil, jugeant conformément à ces conclusions, a décidé que le dentiste ne saurait, en aucun cas, être assimilé au médecin et au chirurgien, et que dès lors il ne saurait être tenu à prendre les grades exigés par la loi de ventôse an XI seulement pour l'exercice de la chirurgie et de la médecine ; la Cour a, en conséquence, déchargé M. Rogers de la condamnation à 15 fr. d'amende contre lui prononcée, et a condamné les plaignants en tous les frais du procès.

Rouen. Par ordonnance ministérielle, M. le docteur Mélays, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine de Rouen, est nommé professeur suppléant près cette école, en remplacement de M. A. Flaubert, promu à une place de professeur adjoint.

— On lit dans la *Gazette médicale belge* :

« Un arrêté royal du 18 avril 1846 porte qu'à dater du 1er mai 1846 les militaires belges atteints d'affections syphilitiques seront traités dans les hôpitaux et infirmeries de l'armée sur le même pied que les autres malades, pour tout ce qui concerne la nourriture, le couchage et l'habillement. A dater de la même époque, tout militaire atteint de syphilis ou de gale, qui en aura fait immédiatement la déclaration au médecin du corps, en se présentant spontanément à lui à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, aura droit à la solde de l'hôpital. — Tout militaire reconnu atteint d'une affection vénérienne ou psorique, dont la gravité révélerait que l'apparition des symptômes primitifs remonte à plus de quatre jours, sans que le malade ait pu s'y méprendre, ne recevra pas de solde d'hôpital. »

— Le gouvernement belge a demandé l'avis de l'Académie royale de médecine de Belgique sur les modifications qu'il veut faire aux tarifs criminels en ce qui concerne les médecins. D'après ce projet, les tarifs seraient tous augmentés, et les médecins appelés devant le juge d'instruction ou aux débats, à raison de leurs déclarations ou rapports, ne seraient plus assimilés à des témoins ordinaires ; mais les indemnités dues pour chaque jour de comparution leur seraient payées sur le pied d'une visite ou vacation.

Il serait temps que chez nous on rendît aussi moins onéreux les services que le médecin rend à la justice.

— Aux dernières assises de Nénagh, le juge a ordonné que chaque médecin appelé comme témoin reçût deux guinées par jour, au lieu d'une guinée qui lui était allouée jusqu'ici. La guinée équivaut à près de 25 frans. En France, où l'on ne tient pas compte de *l'honorabilité professionnelle*, la taxe est de *deux francs !*

— La petite vérole sévit en ce moment à Cette avec une effrayante intensité. Depuis quelques jours un grand nombre d'enfants sont morts des suites de ce fléau ; les adultes ne sont pas non plus épargnés, et on compte dans leurs rangs beaucoup de victimes. Les personnes vaccinées ne sont même pas épargnées par le fléau.

Autriche. Sur la proposition du prince de Metternich, l'empereur d'Autriche vient d'établir à Vienne une Académie des sciences.

Constantinople. Le bruit courait dans cette ville, à la date des dernières nouvelles, que le

choléra avait éclaté dans l'armée russe du Caucase.

Nécrologie.

Les journaux anglais annoncent que le docteur Marsh vient de mourir à Woolwich, près de Londres, à l'âge de 54 ans. On sait qu'il s'est rendu célèbre par ses recherches sur l'arsenic et surtout par l'appareil auquel il a donné son nom, quoique cet appareil ait été singulièrement modifié depuis son apparition.

— Le docteur SOUBERBIELLE, le Nestor des chirurgiens de Paris, vient de mourir dans sa 92e année. Né le 19 mars 1754, à Pontacq (Basses-Pyrénées), d'un famille alliée à celle du frère Côme, il eut ce célèbre chirurgien pour maître et pour protecteur. M. Souberbielle a travaillé toute sa vie à faire connaître et à défendre les avantages de la taille par le haut appareil. Malgré son âge avancé, il pratiquait encore cette opération avec une dextérité et une sûreté de main vraiment remarquables, et il transportait souvent le malade sur ses bras dans son lit. Son caractère et son esprit n'avaient pas plus vieilli que sa main.

Variétés.

Biographie de Chopart — Fin (1).

Les places d'adjoints et de conseillers du comité de l'Académie royale de chirurgie, d'après les statuts fondamentaux de cette illustre Société, constituaient toujours une récompense préférablement accordée aux académiciens libres qui assistaient régulièrement aux séances et qui lui faisaient hommage de leurs travaux. Sous ce double rapport, Chopart se montra de bonne heure digne de cette récompense; et bientôt il devint adjoint, puis conseiller du comité perpétuel.

La place de commissaire pour les correspondances étant devenue vacante, Chopart y fut nommé. Les fonctions dont le titulaire de cet emploi devait s'acquitter consistaient à répondre aux praticiens qui adressaient des mémoires ou des observations à l'Académie. Le commissaire était tenu de communiquer ses réponses à l'Académie réunie avant de les envoyer aux auteurs et de leur transmettre les jugements qu'elle avait portés sur leurs travaux. On conçoit qu'un pareil emploi offrait de réelles difficultés; qu'il exigeait des notions étendues sur toutes les parties de l'art, considéré jusque dans ses moindres détails, beaucoup d'attention, de prudente circonspection, souvent même de délicatesse pour faire accepter aux auteurs une utile et indispensable censure, sans blesser leur amour-propre. Tantôt il fallait exciter leur émulation, tantôt ne pas prodiguer les éloges qui n'étaient mérités qu'en partie, afin qu'ils ne fussent point considérés comme une complète approbation. Fréquemment il y avait nécessité de recourir aux renseignements afin de lever des doutes qu'on pouvait concevoir, soit sur l'exactitude des faits, soit sur la loyauté, l'intelligence et les lumières de l'observateur. De quels ménagements ne fallait-il pas user en ces circonstances, surtout lorsque la véracité n'était pas parfaitement démontrée?

Chopart sut remplir ces diverses fonctions à l'entière satisfaction de l'Académie et de ses correspondants, et il ne les cessa que pour devenir vice-directeur, poste honorable qu'il occupa dignement jusqu'à la suppression définitive de l'Académie en 1792.

Le bureau de cette illustre Société se composait alors de Sabatier, directeur; de Chopart, vice-directeur; de Pierre Sue, secrétaire par intérim, et de Lassus, trésorier. Les emplois de commissaire pour les extraits et de commissaire de correspondance étaient vacants.

Si l'Académie, appréciatrice éclairée des talents de Chopart, sut dignement le récompenser en lui prodiguant les honneurs dont elle pouvait disposer, le Collége de chirurgie ne lui accorda pas moins de preuves de sa bienveillante estime. L'exactitude qu'il mettait à remplir ses obligations démontra qu'il était aussi attaché à cet établissement par affectueuse sympathie que par devoir. Aussi, à peine les douze années de réception qui le rendaient éligible à l'emploi de prévôt furent-elles écoulées, qu'il réunit l'unanimité des suffrages, et dans cette gestion nul ne répondit mieux que lui aux vœux de la Compagnie des chirurgiens.

La mort de Bordenave, survenue le 13 mars 1782, ayant laissé vacante la chaire de physiologie, Chopart fut désigné pour l'occuper. En succédant à un habile maître, qui, depuis une vingtaine d'années, professait avec une haute distinction, il devenait l'adjoint de Louis, qui occupait depuis plus longtemps encore la même chaire avec une telle supériorité que tout parallèle était dangereux.

Si les talents que possédait Chopart pour l'enseignement, si ses connaissances profondes et variées, si son zèle et sa complaisance pour les élèves ne firent pas oublier promptement son prédécesseur, ils adoucirent au moins les regrets causés par sa perte.

Chopart ne parlait jamais en public sans s'y être expressément préparé et avoir récapitulé soigneusement tout ce qui devait faire le sujet de sa leçon. Les sentiments les plus honorables le soutenaient dans la pénible carrière du professorat et lui dictaient les considérations morales les plus fortes, par lesquelles il excitait l'émulation de ses disciples. A peine avait-il terminé une leçon longue et fatigante qu'une foule d'étudiants, abusant peut-être de sa complaisance, lui demandaient des éclaircissements qu'il s'empressait de donner sur-le-champ. Moins les questions étaient fondées, plus il était attentif à y répondre. Son

(1) Voir le dernier n°.

zèle affectueux se manifestait par le silence imposé aux élèves plus instruits qui blâmaient les demandes déplacées de leurs condisciples. Il excusait ceux-ci en disant que s'ils étaient plus habiles ils n'auraient pas besoin de maître, et qu'il n'était là que pour les instruire. Sa maxime consistait à réduire à des principes généraux le fruit de ses lectures, de ses réflexions et de son expérience. Après avoir exposé ses idées sur un sujet, s'il doutait, il avouait ses doutes avec candeur. Il s'attachait spécialement à connaître le degré d'attention dont ses auditeurs étaient susceptibles, et à ne la fatiguer jamais, Chopart, en un mot, réunissait toutes les qualités qui caractérisent un bon professeur : la science, qui consiste à donner les meilleurs principes, et la clarté, qui les fait présenter de la manière la plus méthodique, afin d'être facilement compris.

Ce fut, sans doute, ce talent distingué et bien connu pour le professorat qui détermina l'illustre Fourcroy à ne point oublier Chopart lors de la réorganisation de l'instruction publique.

La révolution qui éclata en France en 1789, qui renversa toutes nos institutions et brisa tous les liens de la société, venait enfin de s'apaiser, après cinq années d'horribles désordres; cet esprit de vertige, dont la plupart de ceux qui gouvernaient alors avaient été frappés et auquel on donna justement le nom de vandalisme, n'épargna aucun établissement utile : les écoles de médecine et de chirurgie s'écroulèrent avec les académies, les universités, les colléges; il n'y avait plus d'enseignement public, et la génération qui s'élevait au bruit des armes semblait n'être vouée qu'à la culture des champs, qu'aux jeux sanglants de la guerre. Cependant le calme insensiblement renaissait; ceux qui tenaient alors le timon des affaires songèrent enfin à fonder des institutions propres à rétablir en France un système d'instruction publique. Un décret du 18 août 1792 avait supprimé les facultés de médecine et les écoles de chirurgie; un nouveau décret du 14 frimaire an III, rendu par la Convention nationale, qui alors présidait aux destinées de la France, ramena la médecine et la chirurgie à leur unité primitive, en fondant une école de santé (*actuellement Faculté de médecine de Paris*) et qui compta parmi ses professeurs les membres les plus distingués de l'Académie royale de chirurgie, de l'ancienne Faculté et de la Société royale de médecine. Elle fut organisée, en 1795, sur la proposition et par les soins de Fourcroy et de Thouret, auxquels l'art devra une éternelle reconnaissance pour avoir, dans ces temps difficiles, rouvert ses écoles et rassemblé ses disciples.

Chopart fut appelé à occuper la chaire de pathologie externe de l'établissement nouveau, où il eut Percy pour adjoint à son professorat (1). Il s'acquitta de cette nouvelle fonction avec la même capacité et le même zèle qu'il avait déployés dans ses cours à l'École pratique et au Collége de chirurgie.

L'hospice des écoles, glorieux monument dû à la bienfaisance de Louis XVI et à la générosité de la Martinière, était dirigé par les professeurs du Collége qui, pendant un temps déterminé et alternativement, y remplissaient les fonctions de chirurgien en chef (1). Le tour de Chopart étant arrivé, il prit le service de cet établissement en 1790 et en fut chargé jusqu'à sa mort. Alors, il prouva qu'il savait faire, au lit du malade, une heureuse et juste application de la savante théorie qu'il enseignait depuis si longtemps. C'est dans cet hospice qu'il pratiqua pour la première fois, le 21 août 1791, une amputation partielle du pied, nécessitée par une tumeur carcinomateuse, occupant la région du métartase; elle consista dans la désarticulation du pied entre la première et la seconde rangée des os du tarse, c'est-à-dire entre le calcanéum et l'astragale que l'on conserva, et le cuboïde et le scaphoïde qui furent enlevés.

On en attribue généralement l'invention à Chopart, bien que Fabrice de Hilden, Hecquet d'Abbeville, Vigarous, Lecat, A. Petit, d'après M. le professeur Velpeau, aient proposé et pratiqué cette opération bien avant lui. Elle offre le précieux avantage de conserver le talon, partie du pied sur laquelle la jambe transmet sans inconvénients le poids entier du corps.

L'observation relative au cas pathologique à l'occasion duquel Chopart opéra, insérée dans le journal de Fourcroy (2), fut rédigée par Lafitteau, élève de l'hôpital. Il fait remarquer que c'est le seul exemple d'une amputation partielle du pied pratiquée suivant ce procédé, dont il donne la description. « On a » plusieurs fois, dit-il, amputé une portion » du pied fracassé par un coup de feu, mais » alors on a suivi les traces du désordre, et le » procédé opératoire a été réglé par les circon-

(1) Il fut décidé que chacun des professeurs s'entendrait avec son adjoint, afin que celui-ci fût toujours prêt à le remplacer sans apporter aucune modification dans le mode d'enseignement. Pour certains cours, l'adjoint même était chargé de faire des répétitions aux élèves.

(1) Le gouvernement témoigna toujours pour l'Académie royale de chirurgie la plus vive sympathie, parce que, sans doute, il en appréciait l'importante utilité. Il résolut en conséquence de lui faire construire un édifice digne d'elle. Gondoin, architecte distingué, fut chargé du plan et de l'exécution des travaux. La première pierre de cet édifice, qui est aujourd'hui l'École de médecine, fut posée, en 1774, par Louis XVI, sur l'emplacement de l'ancien collége de Bourgogne; et ce même jour le roi fonda, dans le Collége de chirurgie, une chaire de chimie qui n'existait pas encore. Ce fut encore le même souverain qui accorda au Collége de chirurgie un hôpital (appelé depuis hôpital ou clinique de perfectionnement).

(2) *La Médecine éclairée par les sciences physiques*, ou Journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir, tome IV, p. 85.

» stances de la blessure; au lieu que Chopart
» a été dirigé dans son opération par la con-
» naissance anatomique de la partie. Le pro-
» cédé qu'il a suivi a l'avantage d'être appli-
» cable à tous les cas où l'étendue de la mala-
» die permettra d'amputer dans l'articulation
» de l'astragale avec le scaphoïde, et dans
» celle du calcanéum avec le cuboïde. »

Dans le procédé décrit par Chopart, ce chirurgien formait au devant de l'articulation, et au moyen de trois incisions, un lambeau de forme carrée, qu'il renversait vers la jambe; traversait ensuite l'article, et taillait, en terminant, un lambeau plantaire. Richerand a conseillé de remplacer les trois incisions de Chopart par une seule incision semi-lunaire, et les chirurgiens modernes ont adopté cette modification.

Le principal ouvrage de Chopart, le plus important de tous ses travaux, tant par le sujet et l'étendue que par la manière dont il est traité, ouvrage qui lui coûta bien des années d'observation et de recherches, et dans lequel il chercha à répandre les plus saines doctrines et la pratique la plus rationnelle, est son Traité des maladies des voies urinaires (1). La fréquence de ces affections, l'espèce d'oubli dans lequel les avaient laissées un grand nombre d'auteurs, la manière imparfaite et souvent vicieuse dont elles furent considérées par plusieurs d'entre eux; la gravité des dangers qu'elles entraînent, l'importance et la nature des fonctions lésées; les difficultés que présente leur thérapeutique, le charlatanisme auquel elles étaient livrées, l'incertitude qui régnait dans leur diagnostic et leur traitement, furent autant de motifs puissants qui déterminèrent Chopart à en faire l'objet de ses méditations.

Ce genre d'affections offre l'exemple le plus éclatant des rapides progrès qui ont illustré la chirurgie française à la fin du dix-huitième siècle.

Le livre de Chopart, dédié à son ami Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, est le résultat d'une étude spéciale sur ces maladies. De nombreuses observations, puisées dans les auteurs, dans les collections académiques, dans les hôpitaux et dans sa pratique civile, lui furent d'un admirable secours pour la composition de ce traité, qu'il enrichit également de beaucoup de faits communiqués par de bons observateurs. Avec cette abondante récolte, il put facilement joindre l'exemple au précepte.

Chopart contribua puissamment à démontrer que l'écoulement habituel de l'urine par une algalie, laissée à demeure, constituait l'objet essentiel de la thérapeutique d'un grand nombre de ces maladies. Sous ce rapport, les sondes d'argent n'offraient qu'une ressource difficile; la découverte de celles en gomme élastique, due à l'ingénieux artiste Bernard, fit atteindre le but qu'on s'était proposé, par leur souplesse, leur flexibilité, leur facilité à suivre toutes les courbures du canal, et leur légèreté qui les rend aussi plus commodes à porter qu'aucune autre espèce de sonde.

Je ne chercherai pas à faire ressortir les judicieux préceptes que renferme la monographie de Chopart, sur le traitement de la cystite, du catarrhe vésical, de l'incontinence et de la rétention d'urine, des hernies de la vessie, etc., etc. Les règles que l'auteur pose à l'égard du cathétérisme et des moyens propres à surmonter les obstacles qui s'opposent à l'introduction de la sonde resteront comme des vérités que la solidité de leur base rend impérissables, puisqu'elles reposent sur un grand nombre de faits incontestables, devinés par la sagacité la plus rare, signalés par le tact chirurgical le plus fin et le plus sûr, mis au jour et confirmés par l'inspection la plus attentive de la nature morte, et enfin liés entre eux par la plus saine doctrine.

Les personnes qui ont lu avec attention l'ouvrage de Chopart conviendront sans peine que, réuni à celui de Desault publié par Bichat, il forme un traité précieux sur les maladies de l'appareil urinaire, qui combla une lacune avec le succès qu'on devait naturellement attendre d'hommes qui joignaient les trésors d'une profonde érudition à ceux d'une expérience consommée, acquise dans une vaste pratique où se développe éminemment le génie chirurgical, par la nécessité où il est de prendre un parti prompt, une décision rapide, qu'un instant de retard peut rendre inutile ou funeste.

Mais à quoi servirait de m'étendre sur le mérite de ces deux productions? Quel praticien ne les a point méditées? Ces deux chirurgiens ont défriché un champ qui, jusqu'à eux, avait été la proie des empiriques et des charlatans. A Chopart, toutefois, revient plus particulièrement l'honneur d'avoir provoqué l'attention des hommes de l'art sur un genre de lésions qui, trop souvent méconnues ou distinguées trop tard, font le désespoir des médecins comme des malades, et moissonnent une foule d'individus, victimes, les uns de leur indocilité aux conseils les plus salutaires, les autres d'une fallacieuse sécurité qui les empêche de réclamer à temps les secours de l'art, ceux-ci de la violence même ou de l'étendue de leur mal, ceux-là de l'ob-

---

(1) *Traité des maladies des voies urinaires.* Première partie : Des fonctions des voies urinaires dans l'état de santé et de maladie : deuxième partie : Des maladies des reins et des urétères; un vol. in-8° de 256 pages; 1791. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 2e volume, des maladies de la vessie; un volume in-8° de 668 pages; 1791.

— Seconde édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie; par M. E.-H.-Félix Pascal. Paris, 1821, 2 vol. in-8°.

Maladies des voies urinaires, par Chopart, complétées et augmentées par M. le docteur Ségalas; 3e édition, en un volume in-8°, faisant partie de l'*Encyclopédie des sciences médicales* publiée par M. Bayle.

scurité profonde souvent répandue sur ce genre d'affections.

Chopart a donc rendu un véritable service à la science et à l'humanité en s'efforçant de remplir le vide considérable que la pathologie présentait sur ce point, et la manière dont il a effectué un travail aussi hérissé de difficultés, et qui réclamait tant de patience et d'investigations unies à un esprit juste et meublé de connaissances profondes, lui assigne une place honorable parmi les bons observateurs.

Le tome cinquième (édition in-4°) des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie contient deux observations de Chopart. La première est relative à une tumeur fongueuse de la dure-mère. Un enfant revint de nourrice à l'âge de deux ans, fort gai, ne se plaignant d'aucune douleur de tête. Il fut attaqué, peu de temps après, d'une fièvre continue dont il guérit. Au bout d'un mois, sa mère s'aperçut, en le peignant, d'une petite tumeur au-dessus de l'oreille droite, un peu postérieurement; elle augmenta insensiblement, et acquit en cinq mois le volume d'un gros œuf de poule, sans douleur et sans chaleur. Coutavoz, chirurgien en chef de la Pitié, fut appelé et mena avec lui Chopart, qui était alors son élève. Le maître jugea convenable de pratiquer une incision dans le centre de la tumeur; c'était le 24 avril 1766; il n'en sortit qu'un peu de sang noirâtre; puis l'enfant fut pansé. Chopart, qui le vit dans la soirée, le trouva fort tranquille; il n'avait point souffert; l'appareil était imbibé d'une sanie roussâtre et fétide. Le lendemain l'enfant mourut sur les cinq heures du matin.

Cet évènement, aussi fâcheux que prompt, surtout sans douleurs et sans le moindre accident, méritait un examen sérieux que Coutavoz confia à son disciple: il trouva une tumeur fongueuse à la dure-mère. Elle avait détruit une portion du pariétal et du temporal. Intérieurement la tumeur s'était formé un enfoncement proportionné à son volume, dans la portion correspondante du cerveau.

La deuxième observation concerne une affection scorbutique des gencives (1). Chopart, étant élève à la Pitié, communiqua à l'Académie plusieurs faits dépeignant exactement les progrès formidables de cette maladie si bien décrite par van Swiéten (2) et par Berthe (3). Les ulcères des gencives étaient touchés avec le miel rosat et l'acide sulfurique. Lorsque les joues devenaient le siége d'une fluxion marquée, on faisait extérieurement usage de cataplasmes émollients et résolutifs. Le mal faisait des progrès, les paupières devenaient œdémateuses, la gangrène gagnait l'arrière-bouche, et les enfants périssaient misérablement en peu de jours, malgré l'emploi de la décoction de quinquina et des autres antiseptiques. A l'ouverture des cadavres, Chopart trouva les os malaires et maxillaires sphacélés; ils étaient noirs et dépouillés, en certains endroits, du périoste corrompu. Le mal n'occupait pas seulement leur surface, il pénétrait toute leur substance.

Animé d'un zèle ardent pour l'art de guérir, Chopart fit deux voyages à Londres, l'un pour accompagner un malade, l'autre pour connaître par lui-même quel degré de perfection avait subi la science dans les principales villes de l'Angleterre; mérite d'autant plus louable dans ce savant, que ni lui ni ses contemporains n'avaient rien à envier aux étrangers. Il en revint avec des connaissances chirurgicales qu'il recueillit dans les hôpitaux anglais, et surtout en fréquentant les plus habiles chirurgiens. L'illustre Hunter lui fit l'accueil le plus gracieux, et contracta avec lui une étroite amitié qui fut suivie d'une correspondance très active et que la mort seul put interrompre. Il avait inspiré une telle confiance à Hunter que celui-ci le chargea de l'éducation chirurgicale de son neveu à Paris. Au retour de ses voyages, Chopart communiqua à l'Académie plusieurs observations de chirurgie, spécialement relatives à la lithotomie.

Ordinairement mélancolique, Chopart était d'un caractère aimable, doux et liant. Sans cesse préoccupé d'idées abstraites, son abord était froid et sa conversation très laconique; mais si l'on parvenait à l'arracher à ses méditations, alors on trouvait dans son esprit, orné de la lecture des historiens et des philosophes, tous les agréments qu'un homme distingué par l'éclat et la variété de ses connaissances peut répandre sur la conversation.

Sa santé, épuisée par de longs travaux exigeait de sa part les plus grands ménagements. Il était sujet à des crachements de sang qui ne cédaient qu'à des saignées répétées. Un fait assez remarquable c'est que chaque fois qu'il donnait des soins à un malade affecté de la variole, il était atteint d'une angine gutturale.

Affaibli par de longues infirmités, courbé sous le poids d'une vieillesse prématurée, Chopart avait renoncé, en grande partie, à la pratique chirurgicale, lorsque, le 1er juin 1795, survint la mort de Desault, qu'il n'avait pas quitté pendant sa dernière maladie, dont il avait recueilli les derniers soupirs et dont la perte le rendit inconsolable.

A compter de ce moment, sa haute taille se voûta davantage et il marcha habituellement courbé par un effet de sa faiblesse générale augmentée. Peu de jours après la mort de son ami, une colique violente, après un dîner dans lequel il mangea des pois verts, l'obligea de se mettre au lit. Je crois devoir entrer dans quelques détails à ce sujet, ne fût-

(1) M. le docteur Taupin a tracé une histoire fidèle de cette maladie qu'il a désignée plus exactement, à notre avis, sous la dénomination de stomatite gangréneuse (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1838).

(2) *Commentaria in Herm. Boerhaavi aphorismos*: édit. Lugd. Bat., 1742, p. 766.

(3) Sur la gangrène scorbutique des gencives dans les enfants, etc., etc.

ce que pour anéantir les bruits mal fondés qu'on répandit sur la mort de Chopart (1).

La colique qu'il éprouva ne céda pas, comme il l'espérait, à l'emploi des lavements; mais, au contraire, les douleurs ne firent qu'augmenter et revêtirent le caractère du choléra-morbus. Les évènements marchèrent avec une excessive précipitation, et le malade succomba le 21 prairial de l'an III, après trente-six heures de douleurs atroces que les plus fortes doses d'opium ne parvinrent pas à calmer.

Toute la surface du ventre avait été examinée avant sa mort, avec le plus grand soin, sans qu'on eût reconnu la moindre apparence de tumeur herniaire.

A l'ouverture du cadavre, Pelletan trouva que « l'S du colon était renversée sur elle-» même et amenée au voisinage de l'anneau » du même côté. Cette portion d'intestin ne » contenait aucune matière; mais elles étaient » entassées dans les intestins supérieurs qui » n'étaient que médiocrement enflammés: » de telle manière que l'effet visible qui » était résulté du renversement du colon ne » pouvait entrer en comparaison avec les ac-» cidents formidables qui avaient tué le ma-» lade (1). »

Chopart laissa un testament dont le premier article exigeait que son corps serait soumis à l'autopsie. Il avait nommé pour exécuteur de ses dernières volontés Tilhard, maître en chirurgie, son élève de prédilection et son ami depuis quatorze ans, qui possédait toute sa confiance et qui la méritait sous tous les rapports.

Les sentiments douloureux éprouvés par les chirurgiens de Paris trouvèrent partout une profonde sympathie. Chopart n'était pas seulement un noble caractère, une haute intelligence, enlevée dans la force de l'âge et du talent; c'était aussi un cœur bon et généreux, et qui, par un privilége rarement accordé à la supériorité, avait su, partout où il brilla, ne se faire qne des amis. Les regrets qu'une fin si prématurée excita chez tous les gens qui l'avaient connu seront le plus bel hommage rendu à sa mémoire et la seule consolation du vide qui se fit si inopinément. Cette perte, immense pour sa famille, fut vivement sentie par la science et l'humanité.

Chopart, en effet, possédait toutes les vertus et les qualités qui caractérisent l'homme de bien. Bienfaisant sans ostentation, surtout envers les élèves, compatissant et sensible, un grand nombre de malheureux recevaient de lui des secours de toute espèce, et souvent il leur laissa ignorer de quelle source émanaient les services qu'il leur rendait.

Chopart respectait les femmes; il apportait dans leur société cette exquise urbanité qui leur donne l'occasion de développer toutes leurs grâces; cependant il vécut dans le célibat. Sa mauvaise santé l'éloigna du mariage, et, d'ailleurs, il n'eut d'autre passion que celle de l'étude.

Très répandu dans le monde, il y porta une franchise dont il fut quelquefois la dupe. Tout en conservant vis-à-vis des grands les distances marquées par les conventions sociales, il sut garder cet amour de l'indépendance qui caractérise tout homme dont la conscience est pure.

On ne pouvait connaître Chopart sans admirer la sagacité de son esprit et la solidité de son jugement, sa modestie, l'élévation de son caractère et la sensibilité de son cœur.

Il réunissait tout ce que les hommes devraient chérir et révérer à jamais: la *science* et la *vertu*.

P.-J. Cabaret, D. M. P.

---

(1) Ainsi que, lors de la mort de Desault, l'on avait pensé généralement qu'il avait été empoisonné pour ensevelir avec lui un important secret; de même, quand Chopart mourut presque subitement, alors que le jeune Louis XVII descendait au tombeau peu de temps après ses deux chirurgiens, cette opinion prit une nouvelle vigueur. Mais ces bruits furent démentis par l'attestation des gens de l'art qui avaient fait l'ouverture des cadavres, et qui certifièrent que le poison n'avait eu aucune part à la mort.

« Le rapport demandé par la Convention natio-» nale lui fut transmis par les trois membres qu'elle » avait envoyés à la prison du Temple. Ce rapport » constatait le danger du prisonnier, et eut pour » résultat l'envoi du chirurgien en chef de l'Hôtel-» Dieu, le célèbre Desault. Cet homme habile, en » examinant l'état du malade, se désola d'avoir été » appelé trop tard; cependant il lui prodigua, avec » un dévouement rare, les soins les plus tendres.

» Desault, jeune encore, mourut presque sou-» dainement, le 16 prairial, et fut remplacé par » Dumangin et Pelletan, qui continuèrent, avec le » même zèle, le traitement suivi pour le jeune » prince. Chopart, chirurgien qui lui avait aussi » prodigué ses soins conjointement avec Desault, » mourut également après une maladie de quel-» ques jours; et, le 20 prairial, l'infortuné » Louis XVII expira, ou plutôt s'éteignit sans ago-» nie, à l'âge de dix ans et deux mois.

» Le bruit courut alors que ce prince avait été » empoisonné, et la circonstance de la mort pres-» que subite des deux chirurgiens qui l'avaient » traité donna quelque consistance à ce bruit; » mais on est d'accord aujourd'hui sur la fausseté » d'un soupçon qui ne reposait, d'ailleurs, sur au-» cun fondement. Quelle probabilité qu'on eût vou-» lu, à cette époque surtout, se souiller d'un crime » bien inutile, en hâtant la mort d'un enfant qu'un » dépérissement progressif rendait très prochaine? » Au surplus, l'ouverture de son corps eut lieu en » présence des médecins Dumangin, Pelletan, Las-» sus et Jeanroi, tous hommes intègres; et le pro-» cès d'autopsie constate qu'ils n'ont pas trouvé le » moindre vestige de poison, et qu'ils ont reconnu, » au contraire, tous les symptômes d'un vice scro-» fuleux qui avait dû causer la mort. »

(*Journées mémorables de la révolution française*, tome 2e, pages 160 et 161.)

(1) *Clinique chirurgicale*, ou mémoires et observations de chirurgie clinique, par Ph.-J. Pelletan; tome 3e, pages 347 et 348.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — SEPTEMBRE 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Discours de M. Pariset sur la peste et les quarantaines.

Je n'ai qu'une idée dans l'esprit, je n'ai qu'un vœu dans le cœur, c'est que jamais rien ne sorte du sein de l'Académie qui puisse compromettre son savoir, sa raison, sa dignité. La question que vous discutez est assurément la plus grande et la plus importante qui vous ait occupés jusqu'ici. Elle touche aux intérêts les plus élevés, à l'état civil, à la fortune, à la santé, à la vie des citoyens ; elle embrasse les faits les plus étonnants, les plus délicats, les plus variés, les plus instables, les plus bizarres, et en apparence les plus contradictoires de toute la médecine. Une question de cette nature est donc une question très complexe, et c'est à cause de cette complexité même que, pour être résolue, si toutefois elle peut l'être, elle attend de vous l'attention la plus soutenue, l'étude la plus approfondie, l'examen le plus impartial et le plus réfléchi. C'est uniquement dans ces dispositions d'esprit que vous jugerez sainement le rapport qui vous est soumis. Préparez-vous à ce jugement comme on se prépare à une œuvre sainte ; car l'Europe et la postérité vous contemplent. Heureusement ce rapport n'est encore que l'œuvre de votre commission, d'une commission dont j'avais l'honneur de faire partie. C'est un honneur que j'aurais dû décliner, car, parmi les doctrines qu'elle a préférées, il en est qui ne sont pas du tout les miennes. Cependant j'ai joint ma signature à celle des autres membres ; mais je n'ai signé que parce que je me suis réservé avec la minorité le droit de porter devant vous mes objections et de relever les erreurs qui m'ont frappé. Je m'en expliquerai sans ménagement. Que pourrais-je, en effet, ménager aux dépens de la verité ? Respecter la vérité, c'est vous respecter vous-mêmes, et dans la sévérité de mes paroles vous ne verrez, je pense, que mon zèle pour elle et pour vous.

Je commencerai par quelques réflexions sur le plan que s'est fait M. le rapporteur. En général, plus une question que l'on se propose de traiter a d'étendue, plus il importe d'en resserrer les limites et de la réduire à ses parties essentielles. De quoi s'agissait-il ? de savoir si l'on doit imposer ou n'imposer pas des quarantaines : et pour cela il fallait déterminer s'il est dans le monde une maladie que l'on désigne sous le nom de peste ; la séparer nettement d'avec les autres maladies ; en marquer les causes ; indiquer les lieux ou le lieu où existent ces causes ; si elles y sont transitoires ou permanentes ; et, par suite de cette permanence, s'il est des contrées sur la terre où la peste soit ce qu'on appelle endémique ; si, ces foyers de peste ainsi formés, la peste peut en sortir pour se répandre dans tout l'univers, comme le dit Montesquieu ; par quels intermédiaires elle se propage ; en combien de temps ; et, finalement, par quelles mesures on peut s'en préserver. Ces questions une fois éclaircies et résolues, votre tâche était finie. Vous aviez posé des prémisses dont les applications pratiques ne sauraient vous appartenir. Renfermé dans ce cadre, très vaste d'ailleurs, M. le rapporteur eût dominé son sujet ; il en eût vu, touché, coordonné les matériaux ; il en eût élagué les superfluités et les broussailles ; il eût ainsi donné à son travail plus d'ensemble, de nerf et de solidité ; il eût épargné à lui-même, à la commission, à vous, à ses auditeurs, ce luxe de hors-d'œuvre qui défigurent son ouvrage, et ne font rien du tout à l'objet principal. Or, dans les productions de l'esprit, ce qui ne sert pas nuit.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que dès la première page M. le rapporteur met en fait ce qu'il aurait dû mettre en question. Dire que, pour les provenances du Levant, l'Autriche et l'Angleterre ont *notablement diminué*, ou, à plus forte raison, *aboli* les quarantaines, c'est dire une chose inexacte. Il est deux sortes de quarantaines, l'une pour les personnes, l'autre pour les effets et pour les marchandises. Pour les effets et les marchandises, on est, en Autriche et en Angleterre, plus rigoureux qu'on ne l'est en France. A l'égard des personnes, les différences tiennent à la marche encore mal réglée des bâtiments à vapeur. Inadvertance ? préoccupation d'esprit ?

(1) Lu à l'Académie de médecine dans les séances du 30 juin, du 7 juillet et du 14 juillet.

L'intérêt historique, hygiénique et médical qui se rattache à la question si vivement et si longuement agitée dans le sein de l'Académie de médecine, aussi bien que le mérite et le charme de tout ce qui sort de la plume de M. le secrétaire perpétuel, nous engagent à publier ce discours dans son entier. M. Pariset, non-seulement comme homme d'esprit et de talent, mais comme témoin oculaire, est digne d'être entendu. (N. D. R.)

passion? je n'en sais rien ; mais c'est une faute qu'il fallait éviter, parce qu'elle met en garde contre tout le reste. Je ne parle pas de nouvelles données qu'on dit tenir de la science. Seulement j'ai peur que ces nouvelles données ne soient comme toutes celles que l'on a tirées des ouvertures faites en Allemagne, en France, en Italie, en Espagne, je veux dire absolument stériles pour la thérapeutique, et même pour l'intime connaissance de la maladie. Que si ces nouvelles données ont rapport à ce qu'on appelle l'incubation, elles ne sont pas nouvelles du tout, on les trouve dans Rosen-Rosenstein, dans Mackenzie, dans Howard, dans Martin-Lange et dans beaucoup d'autres. J'ajoute que ces données-là sont très hasardées, comme je le ferai voir plus loin,

Un second point que je prendrai la liberté de combattre, c'est la définition que M. le rapporteur a donnée de la peste. Que la peste soit, comme il le dit, *une maladie de tout l'organisme, dans laquelle le système nerveux, le système sanguin et le système lymphatique sont surtout affectés*, c'est ce que je ne contesterai pas : mais est-il une seule maladie générale où ces trois systèmes, et surtout le système nerveux, ne soient affectés? Pour que la définition fût complète, et par conséquent réelle, il faudrait marquer ce que ces altérations ont de particulier dans la peste: or, qui le pourrait dire? et si vous le dites pour une peste, le pourrez-vous dire pour toutes les autres? et, dans la même peste, pour tous les cas? Une femme se lève pour danser, une femme bégaie très légèrement pour la première fois de sa vie; elles tombent mortes, l'une et l'autre frappées comme d'un coup de foudre par la peste. Quelles sont dans ces deux femmes les altérations des trois systèmes? Le scalpel le plus clairvoyant n'y fait rien découvrir. Il suit de là qu'affirmer en second lieu que ce qui *caractérise le plus ordinairement* la maladie, c'est l'apparition des bubons, des charbons, des pétéchies, c'est dire à la fois trop et trop peu. Dans ces brusques morts, dont je viens de rapporter des exemples, et qu'on a vues tant de fois, ces caractères extérieurs manquent, et cependant la peste existe. Elle peut exister sans fièvre, sans bubons, sans charbons, sans pétéchies, sans exanthèmes d'aucune espèce (1), et réciproquement, des charbons, des bubons peuvent exister sans peste, comme l'a vu de Haën. Parcourez, avec cet illustre médecin, les cinquante-quatre loïmographes dont il a extrait les définitions, vous verrez à quel point elles diffèrent l'une de l'autre. Il est tel et tel de ces écrivains qui n'osent définir la peste, ceux-ci l'appelant maladie incompréhensible, ceux-là maladie scélérate. Elle n'a ni sens ni loi, dit Ramazzini; elle est sans définition comme elle est sans remède. Quelques-uns des plus habiles, entre autres Chénot, se bornent à la décrire dans toutes ses surprenantes variétés, c'est-à-dire dans toute la suite de ses transformations, de ses déguisements, de ses tromperies, de ses embûches. Peut-être alors serez-vous tentés de conclure, comme l'a fait de Haën, que Chenot seul a raison; et par-là vous comprendrez à quelles méprises, à quelles hontes, à quels périls, à quels malheurs sont exposés, et les médecins, et les gouvernements, et les peuples, par l'incroyable instabilité des symptômes qu'offre la peste, surtout dans son début. Il n'est pas jusqu'au caractère le plus généralement admis et le plus significatif, celui de la contagion, qui ne puisse à la rigueur entrer dans la définition de la peste; car une peste, quelle qu'elle soit, commence toujours par un homme qui la donne sans l'avoir reçue, de même qu'elle finit toujours par un homme qui la reçoit sans la donner; en un mot, dans l'origine toute maladie transmissible est nécessairement spontanée, comme on le voit si clairement dans le typhus des hôpitaux et des prisons. Et qu'est-ce que la peste, si ce n'est un typhus spécial, plus exalté, plus mortel qu'aucun autre? Que conclure de tout cela? qu'au lieu de donner de la peste une définition boiteuse, M. le rapporteur devait faire sentir, comme l'a fait de Haën, sinon l'impossibilité, du moins l'extrême difficulté, et j'ajoute l'extrême danger d'une telle définition, laquelle serait plus propre à masquer la maladie qu'à la manifester, surtout, je le répète, à son début, c'est-à-dire au moment même où il importerait le plus de la connaître, afin de la combattre et de l'arrêter.

Je viens maintenant aux hors-d'œuvre. Le premier et le plus singulier de tous, ce sont les recherches de M. le rapporteur sur la première origine de la peste. Quelle liaison peut avoir, je vous prie, cette première origine avec la question des quarantaines? Que la peste ait dix mille ans, ou qu'elle n'ait que dix jours, qu'importe pour les mesures qu'il s'agit de conserver, de réformer ou d'abolir? Que le feu prenne à un édifice; avant de songer à l'éteindre, se met-on en peine de savoir depuis quand il brûle? et quand il serait vrai, comme on l'a dit, que le germe de la peste eût été créé avec le genre humain, supposition toute chimérique, ce me semble, comment, dans cette obscurité des temps et du langage, et faute de traditions, d'histoires, d'observations fidèles, comment suivre la marche de ce germe et en saisir la première explosion? J'ai parlé d'obscurité de langage, et ces paroles rendent ici nécessaire une explication. Quand on parle de peste, on prononce un mot pour indiquer une chose : mais entre la chose et le mot le rapport a-t-il toujours été invariable? En d'autres termes, le mot a-t-il toujours été le signe d'une seule et même chose? Non. Le mot n'a pas varié : mais la chose a varié. Le mot peste est une expression générale sous laquelle on a compris longtemps toutes les maladies meurtrières. Mais ces maladies ont entre elles des diversités prodigieuses; et, faute de distinction et d'analyse, on les a confondues sous cette appellation uniforme et commune de peste. De leur côté, les historiens, les orateurs, les

(1) Timoni est formel sur ce point, et Timoni avait exercé longtemps la médecine à Constantinople.

poètes l'ont employée dans un sens métaphorique, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, et comme on peut le voir dans Paul Zacchias ; et c'est à une époque assez récente que le mot peste a été attaché exclusivement à cette peste d'Orient, à ce typhus qui est aujourd'hui l'objet de vos débats. Mais, bien qu'on l'ait restreint de nos jours à cette seule signification, telle est la force de l'habitude, que la première confusion subsiste encore, même dans l'esprit des médecins : aussi affectent-ils de voir des pestes partout, jusque dans les temps les plus reculés de l'histoire. Du moins devraient-ils donner à leurs méprises ou, si l'on veut, à leurs conjectures, quelque ombre de ressemblance. Et par exemple, d'après quelle autorité M. le rapporteur nous dit-il qu'en Égypte la peste s'est montrée l'an 2443 de l'ère ancienne ? Où a-t-il pris cette date ? Dans quel écrivain ? Dans quelle chronologie ? Est-ce dans la chronologie que suit notre Église et qu'adopte Bossuet ? Mais cette chronologie est double ; ou plutôt elle se divise en deux parties corrélatives, lesquelles comprennent dans leur ordre toutes les années qui ont précédé J.-C. : la première sur une échelle ascendante qui de zéro s'élève jusqu'à 4004, ce sont les années du monde : la seconde sur une échelle descendante qui de 4004 tombe à zéro, ce sont les années antérieures à notre ère ; deux calculs qui se correspondent pour n'en former qu'un seul, et qui cependant mettent dans la nécessité de marquer quel est celui que l'on a choisi. Comptez-vous d'après la seconde échelle, votre peste de 2443 serait de 95 années antérieure au déluge, ce que l'on ne saurait admettre. Comptez-vous d'après la première, cette même peste précéderait de 3 années l'expédition de Cécrops, lorsqu'il conduisit d'Égypte en Grèce la colonie qui fonda le royaume d'Athènes. Mais qui nous dit qu'à cette époque une maladie régnait en Égypte ? et que cette maladie était une vraie peste ? La preuve, où la prendre ? où sont les mémoires de ce temps-là ? Moïse avait alors dix ans ; et dans son histoire, ou plutôt dans tout le Pentateuque, s'il parle de peste, c'est, ou bien pour indiquer une affection tout autre que la peste d'Orient, ou bien pour en menacer les Israélites comme d'un châtiment qui punira leur infidélité. Quand il leur prescrit des mesures contre la lèpre, il ne leur en prescrit point contre la peste ; et quand il leur recommande de tenir propre leur campement, il ne mêle à ses ordonnances aucune idée de peste. Cependant, à leur sortie d'Égypte, les Israélites emportaient avec eux des bubons et des ulcères. Si la peste eût dû ravager l'Égypte, c'était dans les sept années de famine, sous le ministère de Joseph. Le texte sacré n'en dit rien. Du reste, il faut l'avouer : de toutes les connaissances humaines, la chronologie est la plus défectueuse. Malgré l'établissement des olympiades, elle n'a eu quelques règles que du temps d'Alexandre ; et, sans parler de sa discordance avec la chronologie des Chinois, des Chinois qui n'ont jamais connu la peste, il est certain, de l'aveu même de Bossuet, qu'elle donne à l'Égypte une antiquité tropétroite. Champollion m'a dit vingt fois que les pyramides sont antérieures à notre ère de 5000 années pour le moins, ce qui leur donne aujourd'hui près de 7000 ans (1). D'un autre côté, comme l'Égypte possédait depuis des temps infinis des chefs-d'œuvre de peinture et surtout de sculpture, il y avait, à la lettre, dix mille ans du temps de Platon qu'elle avait fixé pour ces deux arts des règles inviolables : tant elle redoutait cette inquiétude d'esprit qui nous ôte si souvent le goût du vrai et du beau, comme le remarque Fontenelle. Enfin, si l'on rapproche l'une de l'autre les paroles d'Homère, d'Hérodote, de Platon, d'Aristote, de Théophraste, de Diodore, de Pline, de Tacite, d'Apollonius, de Suidas, touchant la formation primitive de l'Égypte, touchant son étendue, ses entreprises, ses voyages sur l'Océan atlantique, ses découvertes dans le nord de l'Europe, ses communications avec l'intérieur de l'Allemagne, de l'Angleterre et des Gaules ; au delà du passé connu de l'Égypte, vous découvrez un vaste passé qui se perd dans la profondeur des temps, mais dont les monuments de toute espèce, si grands et si multipliés de cette contrée singulière, bien que mutilés par les hommes, et en quelque sorte vermoulus par les années, sont encore sous nos yeux un témoignage vivant et solennel. Si vous songez, en effet, au nombre et aux proportions de ces monuments gigantesques, à ces pyramides, à ces temples, à ces palais, à ces statues de 80 pieds de haut et d'une seule pierre, à ces obélisques qui de Thèbes à Memphis, c'est-à-dire dans une longueur de 100 lieues, s'élevaient sur les deux côtés du fleuve ; si vous songez à ces chaussées dont le travail surpassait même celui des pyramides ; si vous songez à ce labyrinthe qui égalait à lui seul tous les monuments de la Grèce ; si vous songez enfin à ce qu'a fait l'Égypte pour régler la marche des eaux, et s'en former des réservoirs immenses et presque comparables à une mer intérieure, n'en conclurez-vous pas que, pour entreprendre et pour achever ces étonnantes constructions, il a fallu pendant une longue suite de siècles plusieurs centaines de milliers de bras à la fois ; ce qui est dire qu'il a fallu successivement des populations innombrables ? A la vue de tant d'augustes restes, comment rejeter une supposition si naturelle ? Cependant ne croyez pas qu'une telle splendeur n'ait eu qu'un moment, comme il arriva sous nos premiers rois. Non. Cette splendeur s'est formée, s'est accrue, je le répète, pendant des milliers d'années ; et, bien que suspendue soit par des troubles civils et des guerres d'usurpation, soit par des guerres étrangères et par la tyrannie des pasteurs et des Perses, sans l'être jamais par des maladies, elle reprit sous les Ptolémées un nouvel éclat. Psammiticus et surtout Amasis

(1) Comment concilier ce que dit ici M. Pariset avec ces paroles de Champollion : « *Je démontre » qu'aucun monument égyptien n'est réellement an- » térieur à l'an* 2200 *avant notre ère ?* » (N. D. R.)

avaient ouvert l'Égypte aux villes anséatiques de la Grèce. Les Lagides l'ouvrirent au monde entier; sous eux, l'Egypte par le commerce eut les mains sur tout l'univers connu. Elle pouvait compter, sous Ptolémée Philadelphe, jusqu'à 20 millions d'habitants, nombre que je croirais exagéré, si le président Goguet ne le portait à 27 millions, et M. de Lacépède à 36 millions. Aujourd'hui on en compterait à peine 1 million et demi. Toutefois Tyr, Carthage, Corinthe, détruites, Alexandrie devint le rendez-vous de toutes les nations et le centre de toutes les richesses du globe. Or, j'ose le soutenir, dans ce long cours de prospérités inouïes, au milieu de ces multitudes infinies d'hommes de tous les pays, rassemblés, pressés dans le cœur d'Alexandrie, pour des transactions commerciales, au milieu de tant d'Égyptiens, d'Éthiopiens, d'Arabes, de Troglodytes, de Juifs, de Syriens, de Grecs, de Mèdes et de Parthes, quelle qu'ait été la nature de leur trafic ou de leurs échanges, vous ne surprenez aucun vestige de peste.

Après tant de communications, et pour ainsi dire après tant de mélanges entre les hommes et les choses, jamais Grec, jamais Arabe n'en vint à soupçonner qu'en retournant dans sa patrie il emportait avec lui dans ses marchandises, et surtout dans ses étoffes, un poison mortel pour sa famille et pour ses concitoyens. Jamais on n'entendit parler de ces cruelles surprises dont fourmille l'histoire de nos derniers siècles. Cependant la superbe Alexandrie comptait huit cent mille habitants. Personne n'y était oisif, comme on le voit dans la lettre de l'empereur Adrien. Malgré l'abondance des fabriques et le voisinage des marais, dit Strabon, on y respirait comme à Ravenne un air excellent. Des troupes d'ibis entretenaient la propreté des rues. Ses marchés étaient pour les négociants des lieux de délices et de sécurité; ils seraient aujourd'hui, comme ceux de Tantah, des lieux de crainte, de péril et de mort. Strabon n'y vit point de maladie. Elle était dans toute sa gloire lorsque César l'assiégea. Vaincus ou vainqueurs, les Romains n'eurent pas l'ombre de peste. Ainsi Alexandrie participait à l'antique salubrité de l'Egypte constatée par Hérodote, même dans ses parties marécageuses, que l'on voyait encore du temps de ce grand historien, et dont on voit la peinture, et sinon la salubrité du moins l'innocuité, dans l'aimable roman d'Héliodore que Racine avait appris par cœur. Ces marais, converts de roseaux, étaient comme un labyrinthe inextricable où les malfaiteurs, les rebelles, les princes malheureux défaits par leurs rivaux dans une bataille, trouvaient un refuge assuré contre le glaive des lois et le fer de leurs ennemis. Ces princes s'y conservaient avec les leurs sans maladie, au moins sans maladie connue, et surtout sans peste : tant l'air, tant les eaux, tant la terre de l'ancienne Egypte était favorable aux hommes! Cependant j'entends dire que cette Egypte n'était pas absolument saine. Quel pays le sera jamais pour tous les âges, pour tous les tempéraments, pour toutes les conditions de la vie, telles que la grossesse, l'allaitement, etc.? On parle de pustules, d'efflorescences à la peau, d'exanthèmes, de tumeurs, d'ulcères; d'ulcères humides et rongeants qui étaient familiers à l'enfance et qui se formaient surtout près de ces marais; de ces ulcères égyptiens, bubastiques, syriaques que mentionne Arétée, qu'Aétius attribue à la mauvaise qualité des aliments, et qu'on a voulu donner dans le dernier siècle pour des varioles. L'historien anonyme de la guerre d'Alexandrie, sous César, dit que l'eau trouble du Nil donnait beaucoup de maladies, mais elle ne donnait que celles-là; elle ne donnait pas la peste. Pline parle de la mentagre apportée de l'Egypte à Rome sous Tibère, et que les médecins égyptiens savaient seuls traiter; il parle de l'éléphantiase, c'est-à-dire de la seule endémie égyptienne qu'ait citée Lucrèce. Mais l'éléphantiase est presque partout; elle est en France, elle est dans le nord de l'Europe et en Amérique, elle est dans les îles de l'Archipel; je l'ai vue en Chypre, je l'ai vue dans l'intérieur du Liban aussi bien que dans la Haute-Egypte; et, relativement aux affections cutanées, j'ai vu des affections similaires paraître à l'arrivée des nouvelles eaux, et prendre sur le visage toutes les apparences, c'est-à-dire la couleur et le volume du bouton d'Alep; de même que j'ai vu en France un ulcère qui avait détruit toute la joue gauche d'un jeune enfant, et mis à nu les dents et la mâchoire. Qu'en conclure contre la salubrité de la France et de l'Egypte? et quel rapport tout cela peut-il avoir avec la peste? Enfin on parle d'épidémies de véritable peste, de peste à bubons et à charbons, lesquelles se sont montrées en Libye, en Syrie, en Egypte, trois siècles avant notre ère. C'est Oribase qui le dit sur la foi de Rufus, c'est Rufus qui le dit sur la foi de trois médecins, Dioscoride, Posidonius et Denys le Court. Où vivaient ces trois hommes? on l'ignore. Dans quel temps? Posidonius était contemporain de Dioscoride, puisqu'ils ont vu ensemble la peste de Libye; et Dioscoride, lequel? on en connaît quatre. Le plus ancien vivait 30 ans avant J.-C.; le second 90 ans plus tard; ne parlons pas des autres. Et Denys? personne, si ce n'est Rufus, n'en a parlé. Je me trompe : c'est Hermippe de Smyrne qui en a parlé, dit-on, 280 ans avant J.-C. De ces trois chiffres, M. le rapporteur conclut que, trois siècles au moins avant J.-C., la peste était en Syrie, en Egypte et en Libye; au lieu d'*au moins* il aurait pu dire *au plus*. Mais où sont les relations originales? on les a perdues. Malgré la juste défiance que doivent inspirer les citations, je suppose que Rufus et Oribase ont cité fidèlement. Toutefois, ces fragments d'antiquité médicale n'ont été découverts à Rome qu'en 1831. En 1827, il m'était permis de les ignorer comme Freind les ignorait lui-même; je le dis, parce qu'on ne l'a pas dit. Je reprends. Au rapport de Denys, la peste était en Syrie, en Egypte, en Libye; où? et quand?

M. le rapporteur ne fixe pas les lieux, mais il fixe l'année; c'est, a-t-il dit d'abord, en 333 avant notre ère. Or, c'est précisément l'année où Alexandre gagne la bataille d'Issus; en 332, il prend Tyr, il prend l'Egypte, il fait le voyage de Jupiter Ammon; en 331, il bâtit Alexandrie. Nulle part, ni lui ni les siens ne rencontrent la peste. S'il l'eût rencontrée comme la rencontrait saint Louis, comme la rencontrait Napoléon, eût-il songé à faire de l'Egypte le centre de son empire? D'un autre côté, son médecin Philippe, son précepteur Aristote, n'en parlent pas. Arrien écrit son histoire, il l'écrit sur les mémoires d'Aristobule et de Ptolémée, deux officiers d'Alexandre qui ne l'ont jamais quitté. Or, dans Arrien pas un mot de peste; et certes, si la peste eût traversé l'expédition d'Alexandre, est-ce que les historiens n'en auraient pas parlé, comme ils ont parlé de la fièvre qu'il prit dans l'eau glacée du Cydnus, comme ils ont parlé de la maladie dont il mourut à Babylone? C'est apparemment pour échapper à ces difficultés que, dans la seconde édition de son travail, M. le rapporteur a substitué l'année 300 avant notre ère à l'année 333, ne songeant pas que cette année 300 répond à la vingt-quatrième année du règne de Ptolémée-Soter, d'un règne qui fut peut-être pour l'Egypte le plus fortuné de son histoire. Ainsi, incertitude de temps, incertitude de lieux pour la Syrie et pour l'Egypte; j'en dis autant pour la Libye : la Libye, avec laquelle les anciens Egyptiens ne communiquaient que par les marchands qu'elle leur envoyait; la Libye, si mal connue des Grecs quoi qu'en ait dit Hippocrate, si peu connue des Romains, et seulement effleurée par les Lagides; vaste contrée, peuplée à l'intérieur par des bêtes féroces, presque déserte vers le nord faute d'eau, et habitée seulement dans sa partie occidentale par les marchands phéniciens de Carthage et d'Utique. Et Carthage et Utique ont-elles eu jamais la vraie peste? Qui le sait? qui le saura jamais? Et pour m'en tenir à ces pestes de Libye qu'a mentionnées Rufus, quand je pense que ni Celse, ni Galien, l'élève de l'école d'Alexandrie, n'en ont point parlé; ni dix à douze médecins du premier ordre, entre autres Dioclès, Praxagore, Sérapion, Soranus; Soranus, élève lui aussi de l'école d'Alexandrie; quand je pense que le traducteur ou plutôt le copiste de ce dernier écrivain, Cœlius Aurelianus, a été, sur les bubons, sur les charbons, sur la peste, aussi muet que tous les autres, lui qui vivait dans le Ve siècle de notre ère et qui pratiquait la médecine à Sicca, dans le cœur même de la Numidie, je suis forcé d'en conclure que si, pendant sept à huit siècles, des pestes ont paru, elles ont été si rares, si transitoires et si bornées qu'elles ont tout au plus attaché l'attention de deux ou trois observateurs, qu'elles n'ont point formé de véritables épidémies, qu'elles ont pu s'associer comme autant d'épiphénomènes à des maladies d'une tout autre nature, comme l'a vu de Haën, comme l'a vu Hippocrate, comme on le voit peut-être encore aujourd'hui à Erzeroum et sur les bords du Danube, et qu'enfin, n'ayant point laissé de traces dans le souvenir des hommes, elles étaient complètement oubliées lorsque parut, sous Justinien, la grande peste de 542, que je rappellerai tout à l'heure, et que les médecins de Constantinople prirent pour une maladie toute nouvelle.

Ce qui me ferait craindre que, dans ses recherches, M. le rapporteur n'ait pas toujours eu l'attention nécessaire, c'est l'étrange erreur de chronologie qu'il a laissé subsister dans ses deux éditions. Je veux parler de cette peste qui, au *rapport de Galien* (je copie ses paroles), envahit Alexandrie, l'an 263 de J.-C. Gallien est né en 131 de notre ère. Se peut-il qu'il ait parlé de cette peste de 263, c'est-à-dire 132 ans après sa naissance? Copier des dates est fort commode; mais, avant tout, il faut vérifier. M. le rapporteur associe Eusèbe à Galien. Eusèbe est un écrivain peu sûr. Voyez ce qu'en dit M. de Sainte-Croix. J'ai voulu vérifier dans ses ouvrages je ne sais plus quelles dates. Je l'ai lu trois fois, et n'ai rien trouvé de ce que je cherchais. Il s'ensuivrait du moins qu'on l'avait cité mal à propos. Du reste, Eusèbe ne parlerait ici que d'un typhus qui sévissait uniquement entre les chrétiens. Ce typhus était contagieux; mais ce n'était point la peste. Il ressemblerait plutôt à cette fièvre que l'on connaît en Bavière sous le nom de fièvre de l'université.

Après les pestes de Moïse, après ces pestes si incertaines de Syrie, de Libye et d'Égypte, après la peste fort équivoque d'Athènes, après la peste des Grecs devant Troie, M. le rapporteur (et je lui rends grâces, à propos de cette peste, d'avoir, cette fois, ôté de sa seconde édition une erreur de géographie qu'il avait insérée dans la première), M. le rapporteur, dis-je, rappelle toutes les pestes qu'il rencontre, au nombre de quarante, dans les historiens et les loïmographes, et qui, dans le cours des douze siècles qui ont précédé J.-C., ont désolé et la Grèce, et l'Italie, et la Sicile, et l'Afrique, et la Syrie, et, qui le dirait? la Turquie d'Asie! La première année de J.-C., à plus forte raison huit siècles auparavant, savait-on ce qui se passait en Turquie? Savait-on seulement s'il y avait une Turquie, ou s'il existait parmi les Scythes de l'antiquité une horde de Turcs, eux qui n'ont paru sur la scène du monde que 1100 ans après J.-C.? Quoi qu'il en soit, M. le rapporteur prend d'abord toutes ces maladies pour de véritables pestes; puis tout-à-coup il s'arrête pour faire remarquer qu'on a peut-être raison de soupçonner ces pestes de n'en être pas, et qu'il n'est décidément de peste bien caractérisée que celle de 542 de J.-C. C'est par-là, selon moi, qu'il eût dû commencer. Il eût dû laisser dans leurs ténèbres, avec leurs caractères ambigus et tronqués, toutes ces pseudo-pestes des temps primitifs dont on ne connaît pour la plupart ni l'origine, ni les lieux, ni les époques, ni la marche, ni le danger, ni la propagation, ni la durée; et déclarer que la vraie peste orientale,

celle dont vous vous occupez aujourd'hui, a été ignorée de toute l'antiquité, comme le disent Joseph Franck, et l'écrivain le plus moderne que l'on puisse consulter sur cette matière, le docteur Georgiade Leukias, votre correspondant; car si Ranchin, si Haller, Monro, Pringle, Gilbert Blayn et Stoll lui-même refusent le nom de vraie peste à la plus célèbre de toutes, à celle d'Athènes, à plus forte raison la saine critique le refusera-t-elle à toutes les autres.

Mais il est temps de revenir à cette antique Égypte, dont je n'ai qu'ébauché l'image, et à laquelle M. le rapporteur a consacré son quatrième chapitre. Quoi qu'on en ait dit, cette heureuse contrée n'a jamais eu qu'un très petit nombre de maladies, et surtout jamais, de mémoire d'homme, elle n'a eu la peste; elle ne l'a pas eue même dans ces temps de calamités, dans ces temps de famine et de guerre qui semblent entrer inévitablement dans les destinées des nations. Pourquoi cela? Il y a quinze ans j'ai longuement exposé mes idées sur ce point capital. J'y reviens aujourd'hui plus que jamais, parce que, quelques efforts que j'aie faits, il ne m'a pas été possible de m'en former d'autres, et vous me pardonnerez de les reproduire ici en peu de paroles. De tous les anciens peuples de la terre, il n'en est pas un qui, si vous le comparez à l'Égypte, se soit élevé au même degré de lumières, de sagesse et de force. Dans le magnifique éloge qu'il en a fait, Bossuet n'a dit que ce qu'avaient pensé Platon, Eudoxe, Aristote, Théophraste, Porphyre, saint Paul, saint Clément d'Alexandrie et une infinité d'autres. Cette sagesse, l'Égypte l'avait fait pénétrer partout, depuis les lois fondamentales jusqu'aux détails les plus minutieux de la vie humaine. Elle s'attachait surtout à la conservation des hommes et à la perfection de notre espèce. Elle n'avait rien à faire à son ciel, à son soleil, à son air, à ses eaux, à son sol, parce que rien n'était comparable à l'exquise bonté de ces dons naturels. Autrement l'Égypte, cette création du Nil et des hommes, n'eût jamais existé. Elle ne serait encore aujourd'hui que ce que l'avait faite la nature, un golfe long, étroit et stérile. Assurée de ce côté, l'Égypte tourna ses vues sur la nourriture, les vêtements, les demeures, les travaux, l'éducation de ses habitants; et de ce côté encore tout fut réglé par une hygiène qui ferait honneur aux nations les plus éclairées. Un point restait, de tous peut-être le plus important. Dès l'origine, à mesure que les alluvions en augmentaient le territoire, il fallut que l'Égypte en disputât la possession à d'innombrables légions d'animaux, les uns incommodes et dangereux, les autres féroces, d'une grandeur et d'une force également prodigieuses : vivants, ennemis terribles; morts, non moins funestes, car leurs débris rapidement putréfiés par l'humidité et la chaleur eussent mêlé à la terre, aux eaux, et même à l'air, mille et mille poisons mortels. Je ne doute point, comme Volney l'a supposé, qu'à une époque d'ailleurs absolument inconnue, les Égyptiens n'aient reçu de là des épidémies cruelles, et peut-être même la peste; ou plutôt les Égyptiens primitifs ont connu la peste; je l'accorde sans difficulté, mais voyez les suites. C'est d'elle qu'ils ont appris quel est le danger des émanations animales; c'est elle, c'est une triste expérience qui leur a suggéré, pour se prémunir contre les restes des animaux et même contre les leurs, le procédé de l'embaumement ou de la salaison; procédé si simple, si facile, si peu dispendieux, et si nécessaire qu'ils l'ont sanctifié par la religion pour le rendre général, qu'ils l'ont protégé et même prescrit par les lois pour le rendre obligatoire. Et jusqu'où n'est point allée l'inquiète prévoyance de ces lois! Les rigueurs du *Lévitique* et des *Nombres* vous en donneraient quelque idée. Sont-ce des fables que je raconte ici? Ce n'est point à moi à répondre; c'est à Moïse, c'est à Hérodote, ou plutôt c'est à l'Égypte. Allez; et si vous en avez le courage et la force, parcourez du nord au midi, à droite et à gauche de la vallée, ces deux chaînes, percées dans tous les sens de trous, de puits profonds, de cavités; et ces immenses appartements creusés sous la terre; et ces grottes plus vastes que Paris, avec leurs larges salles et leurs longs couloirs, pratiquées par la nature dans le cœur des rochers; et ces rues grandes, larges, élevées, taillées au ciseau dans le sein des montagnes, si riches en ibis, en œufs d'ibis, en tombeaux de singes artistement travaillés, et si longues, qu'avec leurs embranchements latéraux et leurs chambres elles rempliraient tout l'intervalle entre Paris et Poissy. Comptez, s'il se peut, les millions de millions d'animaux de toute espèce et de toute taille dont ces dépôts ont été remplis ou le sont encore; comptez depuis le crocodile de trente pieds jusqu'aux rats, jusqu'aux sauterelles; joignez-y les oiseaux et les poissons, les poissons parmi lesquels se trouvent, à cent lieues de la mer, des ossements de squales; joignez-y, enfin, les cadavres de l'homme, encore si nombreux malgré les spoliations de tant de siècles; puis rassemblez dans votre pensée, et de tant de lieux divers, ces masses énormes, j'ai presque dit ces montagnes de matière animale, et demandez-vous ce que seraient devenus les Égyptiens s'ils eussent permis que cet incroyable amas de pourriture eût fait partie de la terre qu'ils devaient cultiver. La réponse est dans vos esprits : c'est que l'Égypte, je le répète, n'eût jamais existé, comme elle menace de plus en plus de cesser d'être, et principalement, j'ose le dire, par la même raison.

Il faut donc le reconnaître, l'établissement de la salaison (je dis la salaison; je ne dis pas l'embaumement, parce que ce mot d'embaumement est un mot de faste qui a fait prendre le change sur le véritable objet d'une telle institution), l'établissement de la salaison, dis-je, était pour la conservation, et même pour la création de l'Égypte, une condition non moins essentielle que l'air, les eaux et la terre elle-même, ainsi que les productions ou les

fruits qu'elle donne. J'ajoute que, plus cette terre était féconde, plus cet usage était nécessaire et plus l'Égypte l'a rendu sacré.

Mais jusqu'où remonte-t-il, et qui l'a inventé? Est-ce l'Égypte elle-même? « Ne cherchez l'origine de rien en Égypte, » m'a dit cent fois Champollion. « Tout y est venu d'ailleurs. » Il est, en effet, probable que la colonie qui s'est servie du Nil pour faire l'Égypte appartenait à un peuple très habile, à un peuple déjà familiarisé avec cet usage, lequel était aussi pratiqué chez les Guanches; et cette colonie l'a introduit avec elle dans les nouvelles terres qu'elle se proposait d'habiter. Voilà pourquoi, peut-être, les momies que l'on retire de granits d'Éléphantine, aux pieds des cataractes, sont tout autrement préparées que celles que l'on rencontre dans les régions inférieures. Quoi qu'il en soit, supposé qu'à telle époque ou à telle autre, l'Égypte proprement dite ait inventé la salaison, j'ose soutenir que c'est uniquement à partir de cette époque que l'Égypte a pu se former et se conserver; qu'elle a pu vivre avec cette pleine santé que lui voyait Hérodote; et que, si jamais elle avait eu la peste, c'est de ce moment qu'elle a cessé de l'avoir. En tout ceci, je m'accorde parfaitement avec M. le rapporteur; mais comme il semble croire qu'un usage si salutaire est tombé avec les Pharaons, je ferai remarquer qu'il a subsisté sous les Lagides et même sous les Romains. Alexandrie avait sa nécropole : j'en ai vu sortir des momies faites avec autant de soin que celles de Thèbes et de Memphis. Ce qu'il a dit des Pharaons, il le pouvait dire de leurs successeurs et nous conduire à cette conclusion finale : qu'en Égypte, si la salubrité et la salaison ont commencé l'une par l'autre, elles ont également fini l'une par l'autre.

Ce qui prouverait entre ces deux choses une étroite connexion, si ce n'est même une étroite dépendance, c'est l'étrange perturbation qui se fit presque tout-à-coup dans les affaires humaines, et qui, dénuée d'ailleurs de la gloire des batailles, en eut toutes les infortunes et toutes les horreurs. Jamais peut-être plus effrayant exemple ne fut donné au monde du danger des innovations irréfléchies et précipitées. Une nouvelle religion, la religion chrétienne, s'introduisit en Égypte et peupla ses déserts de solitaires fervents, dont l'ardent prosélytisme proscrivait comme autant de sacriléges tous les anciens usages. L'admirable police des sépultures fut abolie. Ce qu'un faux zèle faisait faire à Constantinople, à Rome, à Milan, dans toutes les métropoles des deux empires, on le fit en Égypte. Les cadavres des martyrs et des fidèles remplirent les maisons, les églises, les cimetières; les maisons, dis-je, comme on le fait encore aujourd'hui; et, après un siècle ou un siècle et demi, cette nouvelle façon d'honorer les morts fit éclater la plus effroyable épidémie que l'histoire ait signalée jusqu'ici (1). Je ne rappellerai point ce que j'en ai dit ailleurs, si ce n'est que, formée d'abord à Péluse, elle se répandit vers le midi sur toute l'Égypte; puis à droite et à gauche, sur Alexandrie et sur la Palestine. De là, elle fut portée à Constantinople, qui tirait de l'Égypte la majeure partie de ses provisions; enfin, par les voies de la guerre et du commerce, elle se répandit comme un vaste réseau sur toute l'Europe, jusqu'à l'Océan atlantique, et la couvrit de meurtres pendant cinquante-deux années. Telle fut cette fameuse peste de 542 de J.-C., laquelle, je le répète, est la première de toutes les pestes connues, c'est-à-dire la première qui ait offert tous les caractères de cette maladie. On estime que, dans ce long règne de plus d'un demi-siècle, elle fit disparaître de la surface de la terre près de cent millions d'habitants. Voyez ce qu'en dit Gibbon. Or, quand une espèce animée reçoit de si terribles échecs, elle ne se rétablit que fort lentement, si même elle se rétablit jamais. —

Cela posé, je reviens à mes incursions sur le rapport. Nous voici dans les temps modernes. Reprenons la suite des temps, à commencer par le VIe siècle. Que nous dit M. le rapporteur, d'après M. Rossi? que l'Égypte n'a point eu de peste dans ce siècle, ni même dans les deux siècles précédents. Dans ces deux siècles, fort bien; mais dans le VIe? C'est précisément vers le milieu de ce siècle que sort de l'Égypte l'horrible peste dont je viens de parler. Si elle en sort, c'est qu'elle y était apparemment. A la vérité, dans une courte note de sa seconde édition, M. le rapporteur relève cette singulière faute de M. Rossi; mais cette faute aurait dû lui rendre suspect ce qu'ajoute M. Rossi touchant les dix pestes dont la France, à l'entendre, fut affligée dans ce même VIe siècle. Dix épidémies de peste! Qu'en sait M. Rossi? qu'en sait M. le rapporteur? Quoi! tout-à-coup dix pestes! spontanées! importées! Affirmer l'un, affirmer l'autre, témérité. Cependant, voici une peste qui part de l'Égypte pour Constantinople et pour tout l'Occident, jusqu'à la mer; elle traverse la France. N'est-il pas naturel que, chemin faisant, elle se jette, non pas dans dix, mais dans cent lieux différents, comme on l'a vu faire aux pestes des derniers siècles? Ce serait donc, non pas dix, mais une seule et même peste qui se divise et se sous-divise, comme le faisait celle de 1720, et qui, de même que celle de 1720, avait son point initial en Égypte. D'un autre côté, lisez Grégoire de Tours, Sanuti, Huet, Mabillon, de Guignes, et l'excellent ouvrage récemment publié par M. Fuster, vous apprendrez que, dès le Ve siècle de J.-C. jusqu'aux VIIIe et IXe, la France, par un grand commerce de terre et de mer, avait, ainsi que l'Espagne, des communications fréquentes avec tout l'Orient. Par la Loire et la Seine, Nantes et Paris envoyaient des navires jusqu'au fond de la Méditerranée. Verdun s'associait à ces entreprises. On rapportait de l'Orient toutes les richesses des Grandes-Indes, tous les tissus fabriqués

(1) En 1200, on voyait près de Tennis, et Tennis touchait à Péluse, un amas si prodigieux de squelettes, qu'il était évident qu'on avait déposé là plus de 20,000 cadavres.

en Syrie, en Égypte: les toiles, les tapis, les cotons, la soie, le papier. En Hongrie, en Autriche, en Espagne, en Italie, en Suisse, et surtout en France, on faisait de ce papier une consommation énorme, comme le dit le président Hénault, et comme le prouverait encore aujourd'hui cette quantité de chartes, de diplômes, de cédules en papyrus de Dijon, de Tournus, de Corbie, de Lyon, etc., lesquels datent du Ve, du VIe et du VIIe siècle (1). Ceux d'Arles, de Montpellier, de Marseille, d'Avignon, de Lyon, allaient deux fois par an à Alexandrie d'où ils rapportaient, avec des parfums et des épices, les mêmes objets d'échange. Toutes ces marchandises passaient du Rhône sur la Saône, et de là, par la Moselle, le Rhin, le Mein, le Necker, elles pénétraient jusqu'aux extrémités de l'Allemagne. Deux grands ports étaient donc ouverts aux trésors et aux poisons de l'Orient; et ce grand fait historique doit rendre, à mon avis, très circonspect sur la véritable origine et la véritable marche de ces pestes; car si la peste avait alors comme aujourd'hui la funeste propriété de se multiplier par la transmission, n'est-il pas visible qu'au milieu de tant de peuples surpris, ignorants et sans défense, cette propriété a pu déployer toute son énergie, et donner dans sa course la mort à tant de millions d'hommes? Voilà, ce me semble, des probabilités, ou, si l'on veut, des considérations qu'il n'eût pas fallu taire. M. Rossi (2), du reste, aurait pu dire de l'Europe ce qu'il a dit de la France. Toute l'Europe eut la peste, même dans ses parties septentrionales, dit Paul Diacre. Vers 580 elle était à Nantes, elle y fit mourir l'évêque Félix; et en 589 elle fut portée par un navire de Barcelone à Marseille. Les choses se passèrent à Marseille précisément comme elles s'y sont passées en 1720; mais alors on manquait d'expérience. Enfin, relativement à cette peste de 542, ou à cette *lues inguinaria* (car c'est sous ce nom qu'elle était connue), si pendant cinquante-deux années cette *lues* a pu couvrir notre continent de funérailles, il n'est pas vraisemblable que dans son berceau, je veux dire en Égypte, elle se soit éteinte tout-à-coup, et que pendant plus ou moins d'années elle n'y ait pas prolongé ses ravages.

Allons plus loin. Après ce VIe siècle, M. le rapporteur traverse sans s'y arrêter les siècles suivants, y compris le XVe. Pourquoi cela? c'est que, selon lui, pendant cette longue période, les choses, bien qu'éclaircies, ne l'étaient pas encore assez et qu'elles ne l'ont été complètement qu'après l'établissement des lazarets. Étrange façon de raisonner! Vous écrivez l'histoire des pestes, et vous ne faites pas l'histoire des lazarets! Mais cette histoire est un élément essentiel de la vôtre, et si par hasard il était entré dans votre esprit, comme on l'a cru, de faire sentir l'inutilité des établissements sanitaires, vous auriez dû montrer d'abord qu'en formant les leurs, les Vénitiens et les Espagnols manquaient d'expérience et de raison; qu'ils n'entendaient rien à la peste, et qu'ils sacrifiaient gratuitement leurs intérêts à des craintes imaginaires et à la plus honteuse ignorance; et, cela démontré, vous en eussiez tiré des conclusions contre les peuples assez insensés pour imiter l'exemple de Mayorque et de Venise. Mais, au contraire, cette histoire vous eût appris que la peste existait toujours; qu'en 746 et 842, aussi bien qu'en 892, 894 et 910, elle fut portée d'Égypte à Constantinople, dont elle fit presque une solitude. Et si vous consultez les chroniqueurs de Venise, Gallicioli, Diedo, Sansovino; si vous consultez surtout l'excellent historien de cette nouvelle Tyr, M. Daru, vous verrez que dans ce même temps, Venise sortant de ses lagunes faisait avec les musulmans ses premiers essais de commerce en leur vendant des chrétiens pour esclaves, comme ceux de Verdun en avaient vendu aux Arabes d'Espagne; et que tant que ce commerce fut limité, ou lorsqu'il fut suspendu par les rivalités des Orientaux, Venise, comme le remarque Robertson, n'eut point la peste; mais lorsqu'elle fut assez forte pour entreprendre des conquêtes, lorsqu'elle eut couvert la Méditerranée de ses vaisseaux, et qu'elle fit à la fois le commerce et la guerre, elle fut envahie par une suite de pestes effroyables. En six siècles, de 901 à 1500, elle en a eu 63 : toutes venaient du Levant sans exception. Elles ne se bornèrent pas à Venise; elles allaient en terre ferme, à Vérone, à Ferrare, à Bologne, à Florence, à Pise, à Gênes; à Gênes qui l'avait de son côté de la même source, et particulièrement encore de la mer Noire; elles allaient aussi quelquefois dans tout le Nord, d'où elles revenaient à Venise. Je le dis avec une sorte de douleur, pour un historien de la peste, ces six siècles seraient sans comparaison les plus instructifs. On y verrait figurer toutes les contrées de l'Europe, depuis Cadix jusqu'à l'Islande, et depuis Constantinople jusqu'au Danemarck, avec perte, ici du quart ou du tiers, là de la moitié ou des deux tiers des habitants. Quelle plume écrira jamais ce que j'appellerais à juste titre ces cruelles tragédies? Je ferai remarquer toutefois que la plus maltraitée de tant de villes, Venise, fut conduite par l'excès de ses malheurs, d'abord à proscrire la vente, et bientôt à détruire, à brûler les effets des morts, deux mesures qui la délivrèrent momentanément de la peste, et que des pertes ultérieures lui firent créer, en 1448, un bureau de santé, et finalement, en 1484, un lazaret qui a servi de modèle à l'Europe, qui, sous le gouvernement des Vénitiens, a protégé le Péloponnèse, qui a obtenu les suffrages de Montesquieu aussi bien que ceux de Voltaire, et qui, sauf les garanties que vient de donner à l'Europe la Sublime-Porte, serait

(1) Du temps de Pline on voyait en Cilicie une lettre en papyrus écrite au siége de Troie par Sarpédon, et je crois savoir qu'à son passage à Aix, Champollion rencontra un papyrus écrit par le secrétaire de Sésostris.

(2) Pièces et documents à l'appui du Rapport, page 634.

encore l'unique sauvegarde de la Russie. J'ajoute que, dans les premiers temps du lazaret vénitien, on y mettait en observation tout navire venant d'Alexandrie, par cela seul qu'il venait d'Alexandrie, et n'eût-il pas eu à la mer le plus léger indice de maladie. Blâmer aujourd'hui ce trait, ou, si l'on veut, cet excès de prudence, serait, ce me semble, une grande légèreté d'esprit.

PARISET.

(La suite au numéro prochain.)

Chirurgie pratique.

II. Mémoire et observations sur l'efficacité des injections iodées dans les abcès fistuleux, les fistules, les kystes, etc., ou nouvelle méthode pour guérir promptement ces affections.—Suite (1).

Dans les réflexions que nous avons faites à propos de notre première observation, nous avons dit comment et par quel raisonnement nous avions été amené à tenter une injection iodée dans un cas difficile, embarrassant, où tous les moyens avaient échoué; nous avons dit que, ne sachant plus que faire pour guérir un abcès si vaste et dont les suites pouvaient être si dangereuses, les recherches et les observations de M. Velpeau sur le traitement des hydrocèles par les injections iodées nous avaient déterminé à employer les injections, nous basant sur l'idée émise par M. Velpeau que la teinture d'iode est une substance non absorbable, dont l'infiltration n'expose pas aux inflammations gangréneuses, et qu'elle peut amener une inflammation adhésive; d'un autre côté, la similitude qui semble exister entre les membranes séreuses, les parois de différents kystes, et les parois des abcès anciens suppurant depuis longtemps, ou qui succèdent aux inflammations modérées, chroniques ou latentes, nous fit penser qu'il devait y avoir aussi quelque ressemblance dans la manière de se comporter sous l'influence des agents médicateurs. Ce furent ces seules considérations qui nous engagèrent à faire cette injection iodée chez le malade soumis à nos soins. Nous pouvions, à la vérité, avoir oublié les indications posées par M. Lugol; aussi nous sommes-nous empressé, avant de repousser sa réclamation (2), de relire ses mémoires et ses observations sur l'emploi de l'iode; eh bien, nous sommes forcé de l'avouer, nous n'avons pas trouvé un seul mot, une seule pensée qui pût donner à ce médecin le droit de revendiquer la nouvelle extension de ce moyen thérapeutique dans les cas où il a été employé par MM. Martin, Velpeau et plusieurs autres médecins. Nous dirons plus, les observations de M. Lugol, les conclusions, soit particulières, soit générales, qu'il en tire, sont plutôt de nature à éloigner qu'à faire naître l'idée de l'emploi des injections iodées dans les cas particuliers où nous les avons employées; car, suivant ce praticien, le traitement local ne doit être qu'un adjuvant du traitement intérieur, et nous verrons plus loin comme il comprend que le traitement local n'est qu'un adjuvant. Les travaux de M. Lugol sur l'emploi de l'iode sont si importants, que sa réclamation pourrait bien paraître juste pour quelques-uns; mais malheureusement elle n'est pas fondée. Pour éclairer les médecins sur ce point, examinons les faits. Ce moyen thérapeutique promet d'être trop important dans l'art de guérir pour que ceux qui ont contribué à ses progrès ne veuillent pas en revendiquer leur part. Nous allons donc mettre sous les yeux de nos lecteurs les titres de chacun à l'appui de ses prétentions; nous ne connaissons qu'un moyen de le faire avec impartialité, c'est de ne rapporter que les faits d'une authenticité certaine, par ordre de dates et sans commentaires.

Il est bien entendu que personne ne conteste à M. Lugol la large part qu'il peut revendiquer dans l'emploi de l'iode; on ne lui contestera pas non plus qu'il a employé les injections iodées; mais l'usage qu'il en a fait est loin d'avoir la valeur qu'il désire leur attribuer dans sa réclamation. — Pourquoi et dans quel but M. Lugol faisait-il ces injections? C'est là que se trouve toute la question. Était-ce dans l'intention spéciale, particulière, arrêtée, réfléchie, de produire les mêmes phénomènes que produisent les injections irritantes, celles faites, par exemple, avec le vin ou l'alcool dans la tunique vaginale? était-ce pour obtenir une inflammation adhésive? telle est la pensée, l'intention et le but des chirurgiens qui, aujourd'hui, font des injections iodées, soit dans la tunique vaginale, soit dans les abcès fistuleux ou autres kystes de diverse nature.— Rien de semblable n'est exprimé, même d'une manière vague, dans les observations ou les mémoires de M. Lugol. Son but est net, clair et positif; il se sert des injections iodées comme d'un moyen d'investigation, ensuite pour faire pénétrer dans l'économie une plus grande quantité d'iode; et nulle part dans ses observations, pas plus que dans ses conclusions générales, M. Lugol ne parle des injections iodées comme d'un moyen propre à déterminer une inflammation adhésive; bien plus, quand ce phénomène a lieu par hasard, il ne le fait jamais remarquer et l'attribue, ainsi que toute amélioration éprouvée par les malades, au traitement ioduré général.

Voici d'ailleurs comment il s'exprime : « Le traitement externe ne doit pas être regardé comme topique, c'est-à-dire comme ne modifiant que la sensibilité des parties qu'il touche. Les préparations iodurées appliquées localement sur les parties malades, sous forme de frictions, pansements, *injections*, cataplasmes, bains locaux, etc., ne constituent pas seulement un traitement externe, local. Toutes les applications iodurées sont des topiques spéciaux, qui deviennent, en second lieu, un

(1) Voir le dernier numéro.
(2) Abeille médicale, n° 5, mai 1846.

traitement intérieur par absorption cutanée. Le traitement interne des scrofuleux ne doit donc pas être estimé seulement par les doses d'iode introduites dans l'estomac ; il faut, je pense, pour en apprécier le degré de force, avoir égard à l'absorption cutanée qui a lieu par les surfaces quelquefois très étendues que l'on touche d'iode. » (Page 179, 3e mémoire.)

Plus loin, en parlant des injections qu'il conseille derrière les paupières et dans les fosses nasales, pour *faire tomber les croûtes, toucher la maladie et la modifier très heureusement*, il ajoute (pages 187 et 188) : « Les mêmes injections doivent être faites dans les trajets fistuleux : ce genre de médication est précieux *parce qu'il porte le remède sur les surfaces malades*. C'est, en outre, un moyen d'investigation plus certain que le cathétérisme pour connaître le degré de profondeur, le nombre des sinuosités d'un trajet fistuleux. » Enfin, une dernière preuve que M. Lugol n'a jamais fait une seule injection dans le but d'irriter les parois des abcès ou des trajets fistuleux pour en obtenir l'adhésion, c'est ce qu'il dit page 190, en parlant de sa solution iodurée rubéfiante : « J'en ai d'abord fait usage pour exciter favorablement les ulcères scrofuleux de toute nature, tuberculeux, cutanés, esthiomènes, celluleux, *ainsi que l'orifice extérieur des trajets fistuleux produits par la carie*.

Des observations et des réflexions de M. Lugol il résulte, en effet, que M. Lugol a employé les injections iodées, d'abord dans les abcès froids immédiatement après la ponction, afin de les déterger, de les modifier, *de les toucher*, suivant son expression, de porter le remède sur les surfaces malades, afin qu'il soit mieux absorbé ; ensuite dans les trajets fistuleux, comme un moyen d'investigation plus certain que le cathétérisme, puis aussi pour favoriser l'absorption de l'iode; que, pour lui et dans sa pensée, ces injections n'agissaient pas autrement que les frictions, les cataplasmes, les bains iodurés et l'eau iodurée minérale donnée à l'intérieur ; et dans aucune observation, dans aucun endroit de ses mémoires, il n'est dit qu'il avait pour but de produire une inflammation adhésive.— « Constamment, dit-il dans une de ses dernières conclusions, page 196, je fais ponctionner ces kystes spacieux qu'on nomme abcès froids ; et, après qu'ils sont vidés du pus tuberculeux, *je les fais remplir de solution iodurée, deux ou trois fois à chaque pansement*. » Après ces injections qui ne sont point sans analogues (il est évident que M. Lugol ne veut pas désigner ici l'injection du vin dans la tunique vaginale, car on n'injecte pas ce vin pour qu'il soit absorbé et on ne fait pas remplir la tunique vaginale deux ou trois fois à chaque pansement; d'ailleurs le reste de l'alinéa explique clairement sa pensée), on frictionne les parois cutanées du kyste avec de la pommade iodurée ou celle de proto-iodure de mercure, et, après cette friction, on applique un cataplasme ioduré, aussi chaud que le malade peut le supporter. La chaleur que porte le cataplasme divise davantage l'iode, rend son absorption plus générale, plus uniforme, plus intime, et partant plus salutaire.

Maintenant, si l'on veut lire les observations particulières de M. Lugol, on ne trouvera rien de plus satisfaisant. On peut consulter les observations 5, 8, 11, 20 et 21 de son troisième mémoire. Il est positif qu'on n'y trouve pas exprimée, même d'une manière vague, l'idée qu'il réclame sur ce nouveau point de thérapeutique. Ces observations et les réflexions dont il les accompagne prouvent plus contre lui que pour lui ; car pourquoi alors, s'il savait si bien tout l'avantage qu'on pouvait retirer des injections iodées, employées localement, dans les trajets fistuleux, comme cause d'inflammation adhésive, ne les a-t-il pas employées chez des malades qu'il a traités sans succès pendant des mois, des années, et a-t-il laissé suppurer des abcès et des fistules qu'il pouvait guérir radicalement en 15 jours ou en un mois ? Les observations 12, 13, 14, 17, 18, etc. (3e mémoire), sont là pour attester que le médecin de St-Louis n'a pas aperçu les conséquences pratiques qui découlaient des injections iodées qu'il a faites dans certains cas. Son but n'était donc point de produire une inflammation locale adhésive, mais bien, comme il le dit d'un bout à l'autre de ses mémoires, de mettre l'iode en contact avec de plus larges surfaces, afin d'avoir une absorption plus considérable de ce médicament; aussi les adhérences des parois des foyers qu'il a obtenues deux ou trois fois et comme par hasard, ne les attribue-t-il pas aux seules injections, mais à l'influence de l'iode sur l'économie tout entière. — Toutes ces nouvelles applications de l'iode ne sont donc pas acquises à l'art depuis longtemps, comme le dit M. Lugol, et ceux qui préconisent les injections iodées dans les abcès, les trajets fistuleux, les kystes, etc., ne prétendent pas non plus guérir les constitutions scrofuleuses par ce traitement local, ni changer la complexion des individus; ils veulent seulement faire disparaître, cicatriser des abcès ou fistules qui souvent restent incurables, même sous l'influence générale des préparations iodées. Ce mode d'appliquer l'iode est donc nouveau même pour M. Lugol et pourra devenir le point de départ de plusieurs autres applications dont on ne tardera pas à enrichir le domaine de la thérapeutique. Ne pourra-t-on pas l'employer dans l'empyème, par exemple? Tout ce que nous savons de ces injections et de leur manière d'agir nous porte à croire qu'elles seront très utiles dans les foyers de cette nature.

La part que M. Lugol peut revendiquer dans l'emploi des injections iodées n'a donc pas la valeur qu'il veut s'attribuer; car on se demandera toujours pourquoi ce médecin n'a pas signalé d'une manière positive les avantages des injections iodées dans les abcès, les fistules, les kystes, dans le but d'en obtenir la cicatrisation; pourquoi, s'il connaissait ces

avantages, il n'en a pas profité pour tarir et guérir en 12 et 15 jours des trajets fistuleux qu'il a laissé suppurer des mois, voire même des années, et pourquoi il a laissé sortir, ayant encore des trajets fistuleux, des malades qu'il regardait guéris sous le point de vue de la constitution scrofuleuse (obs. 16, 17, 18, etc.).

Nous sommes donc forcé de faire observer à M. Lugol que les faits qu'il cite n'ont pas la signification qu'il veut leur donner; de quelque manière qu'on les considère, il est impossible d'y trouver l'idée qu'il a employé les injections iodées dans le même but qu'on emploie les injections vineuses pour le traitement de l'hydrocèle. Par conséquent, sa réclamation doit être regardée comme non avenue; car si M. Lugol eût prévu les conséquences pratiques de l'inflammation adhésive due aux injections iodées, il n'eût pas manqué d'en parler d'une façon toute particulière; elles sont trop importantes. M. Lugol n'a pas profité de la leçon pratique que lui fournissaient ses observations, les réflexions qu'il fait dans ses mémoires le prouvent au delà de toute évidence. Il n'a donc pas eu l'idée qu'il réclame à propos des injections iodées, elle ne lui est venue qu'après coup; ou bien, s'il a eu cette idée, il a eu le très grand tort de la garder pour lui, la science alors et l'humanité ne doivent lui en tenir aucun compte. Qu'on se garde bien de croire, cependant, d'après cette déclaration si positive, qu'il soit dans notre intention d'enlever au savant médecin de St-Louis tout le mérite qui lui revient dans l'emploi de cet agent thérapeutique; non assurément, ce mérite nous ne le lui contestons pas; ce que nous avons voulu prouver, c'est qu'il n'a jamais recommandé les injections iodées dans le but de produire des inflammations adhésives.

Maintenant qu'il est démontré qu'on ne peut pas rapporter aux travaux de M. Lugol tout le mérite de cette nouvelle extension de l'emploi de l'iode, cherchons-en la cause ailleurs.

En 1833, M. Ricord a publié quelques observations d'hydrocèles de la tunique vaginale guéries par l'emploi de la teinture d'iode appliquée sur la tumeur à l'aide de compresses (Journal des conn. méd.-chir., tome 1er, page 140). Ce mode de traitement lui fut suggéré par les succès qu'il avait obtenus contre les tumeurs dites *ganglions* ou kystes qui se développent sur le trajet des tendons, contre l'hydropisie des bourses muqueuses et les hydarthroses, en les recouvrant de compresses imbibées de teinture d'iode. M. Ricord ne dit pas qui l'a engagé à employer la teinture d'iode dans ces diverses affections. Il est probable que cette idée lui a été fournie par la publication des travaux de M. Lugol, et surtout par ceux de M. Coindet de Genève, qui dès 1820 publia les succès qu'il avait obtenus à l'aide de l'iode dans le traitement du goître, des tumeurs blanches et de plusieurs autres engorgements indéterminés.

Les bons effets de l'iode employé par la méthode endermique, par M. Coster, dans quelques cas d'hydropisies générales et partielles (Bull. génér. de thér., tome VII, page 51; 1826), ont peut-être plus particulièrement engagé M. Ricord à essayer la teinture d'iode dans l'hydrocèle; ce chirurgien peut encore avoir puisé cette idée dans les nombreuses observations sur l'emploi de l'iode consignées dans le 1er vol. de la bibliothèque thérapeutique de M. Bayle (pages 33 et suiv.).

Ces préparations d'iode, appliquées en topique sur le scrotum dans le cas d'hydrocèle, ont suggéré à MM. Martin et Velpeau l'idée de traiter cette affection par les injections iodées. Suivant M. Dujat, le chirurgien de Calcutta aurait employé ces injections en 1832 (Gaz. méd., 1838, page 561), quoique ses observations n'aient été publiées qu'en 1834 (Transactions of the medical and physical Society of Calcutta). Les observations de M. Velpeau datent de 1837 (Dict. de médecine, tome XV, 2e édit.; article Hydrocèle).

Si nous ne nous trompons, M. Ricord et tous ceux qui avant ou après lui ont eu l'idée de guérir les hydrocèles et les épanchements séreux par l'application topique des préparations iodées doivent être considérés comme les auteurs de la cause de l'emploi de l'iode dans la tunique vaginale; MM. Martin et Velpeau comme les auteurs de cette nouvelle extension de l'iode: car en définitive c'est là qu'ils sont allés chercher l'idée des injections iodées dans la tunique vaginale.

Quant à nous, c'est engagé, éclairé par les travaux de M. Velpeau sur la cure des hydrocèles par les injections iodées, que nous avons osé, en 1839, faire une injection de cette nature dans un vaste abcès que nous avons guéri radicalement par ce moyen.

Il suffit de cet exposé rapide pour faire sentir ce qui appartient à chaque médecin dans ce nouvel emploi de l'iode. On ne peut s'empêcher d'apprécier l'immense part que doit avoir, dans cette nouvelle application de la teinture d'iode dans les abcès ou les trajets fistuleux, l'emploi de ce médicament en topique sur le scrotum, surtout si l'on observe que c'est par l'une que MM. Martin et Velpeau ont été nécessairement dirigés vers l'autre, et que ce n'est qu'après les remarques faites par M. Velpeau que nous avons, à notre tour, ouvert une nouvelle voie à l'extension de cet agent thérapeutique. Cette nouvelle méthode de guérir les abcès, les trajets fistuleux, les kystes hématiques ou synoviaux, est, on peut le dire avec certitude, la conséquence naturelle, forcée, des travaux et des idées de M. Velpeau sur le traitement de l'hydrocèle et de différents kystes. Cette opinion nous paraît tellement vraie, que l'emploi des injections iodées dans les abcès ou les trajets fistuleux pour produire une inflammation adhésive, et par suite leur guérison, serait encore à trouver si la méthode thérapeutique des injections iodées dans la tunique vaginale n'avait pas été connue.

Il est donc vrai de dire que les travaux de

M. Lugol n'ont servi à rien pour la méthode thérapeutique des injections iodées, telles qu'on les emploie aujourd'hui pour la cure des abcès fistuleux, et qu'avant 1839 personne ne les avait mises en usage dans ces affections qu'on abandonnait souvent à la nature.

Nous croyons n'avoir omis dans cet historique aucune des pièces, aucun des faits relatifs à la question des injections iodées. En résumé, de l'examen des dates, de celui de tous les faits publiés sur l'emploi de l'iode, nous croyons devoir déduire, touchant seulement la question d'antériorité, d'invention et de publication des injections iodées, qu'il est aujourd'hui démontré pour tout le monde :

1° Que M. Lugol n'a jamais fait d'injections iodées dans le but d'agir localement et d'obtenir, par ce seul moyen, des inflammations adhésives;

2° Que M. Ricord est un des premiers, le premier peut-être, qui ait proposé les applications externes de teinture d'iode sur le scrotum pour guérir l'hydrocèle ;

3° Que MM. Martin et Velpeau, d'après ces faits, ont pensé à injecter la teinture d'iode dans la tunique vaginale, et qu'ils l'ont fait avec de nombreux succès;— que personne plus que ces deux chirurgiens, M. le professeur de la Charité surtout, n'a de droits à cette méthode thérapeutique;

4° Qu'enfin l'extension et l'application de cette méthode dans les abcès fistuleux et les fistules externes nous a été suggérée par les seuls travaux de M. Velpeau, et que le cas que nous avons publié en 1840 a fixé l'attention des gens de l'art sur cette méthode nouvelle de guérir certains abcès chroniques fistuleux.

Examinons maintenant si cette méthode est dangereuse et irrationnelle. Et d'abord, comment agissent les injections iodées? La question de savoir si l'efficacité des injections iodées n'est pas due à la proportion considérable d'alcool qu'elles contiennent n'eût certainement pas été soulevée par plusieurs membres de l'Académie de médecine si ces messieurs n'avaient pas perdu de vue l'action de l'iode sur nos tissus; ils n'auraient pas avancé que l'alcool joue le role le plus important dans ces injections, ni soutenu qu'elles agissent malgré l'iode plutôt que par l'iode. Il n'en est pas ainsi, et entre autres preuves nous rappellerons les remarques suivantes. Que se passe-t-il sur les parties où l'on fait des applications d'iode à l'état de mélange, soit avec la graisse, soit avec l'eau? Ces applications produisent une cuisson plus ou moins vive, rougissent la peau, causent de la rubéfaction, de la vésication, quelquefois même l'inflammation s'étend aux parties sous-jacentes; sur les parties dépourvues d'épiderme, sur les plaies par exemple, on remarque de petites eschares superficielles. Dans les cas d'hydrocèle publiés par M. Ricord, les malades ont éprouvé une sensation de chaleur assez vive; la peau est devenue brune, rouge-brun; l'épiderme s'est parcheminé et a formé des écailles qui, en se détachant, ont laissé au-dessous une transpiration abondante; à chaque nouvelle application, nouvelle exfoliation, nouvelle transpiration. Il est évident que, dans ce cas, ni la graisse ni l'eau n'ont produit ces phénomènes d'irritation, de sécrétion et d'exfoliation, et qu'il faut bien les attribuer à l'iode qui seul a agi; c'est donc une substance active, et d'autant plus active que sa dissolution est plus complète; or, comme l'alcool dissout beaucoup mieux l'iode que l'eau et la graisse, il en résulte nécessairement que la teinture alcoolique d'iode doit être plus forte que la teinture aqueuse, et que si cette dernière produit les phénomènes que nous venons d'énumérer, on a donc grand tort de les attribuer à l'alcool et de croire cet agent plus actif que l'iode lorsqu'on se sert de la teinture alcoolique d'iode.

Quoique dans certains cas donnés, dans l'hydrocèle par exemple, l'iode et l'alcool puissent produire des effets identiques, il est bien démontré que ces deux substances n'ont pas les mêmes propriétés et n'agissent pas de la même manière; l'iode n'agit pas à la manière des irritants, il agit comme les caustiques, comme la pierre infernale par exemple, et les eschares qu'il produit n'ont aucune analogie avec les eschares gangréneuses; cette remarque importante avait été faite déjà par M. Lugol. L'irritation produite par le vin ou l'alcool dans les séreuses est différente de celle produite par l'iode; cela est démontré par les injections alcooliques dans les abcès fistuleux; l'iode a donc une propriété particulière que n'a pas l'alcool. — En voici un exemple remarquable :

Abcès dans les épaules chez le même individu : injection de 120 *grammes d'eau-de-vie dans l'abcès de l'épaule droite, point de guérison; injection de* 200 *grammes de teinture d'iode dans l'abcès plus considérable de l'épaule gauche, guérison.*

Dans le commencement du mois de mai de cette année, je fus appelé en consultation pour voir M. N., propriétaire à Chatou. Ce malade, âgé de 69 ans, d'une bonne et forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, avait un abcès considérable dans le moignon de l'épaule gauche. Cet abcès s'était développé assez insidieusement et n'avait été soupçonné par personne, en raison des circonstances particulières au milieu desquelles il s'était formé. Depuis trois semaines environ M. N. était au lit pour une forte congestion cérébrale, accompagnée d'une pneumonie, survenues à la suite d'une contrariété violente et de beaucoup de fatigue. C'est pendant qu'on soignait ce malade des affections dont nous venons de parler qu'on remarqua en le changeant de linge un gonflement énorme de l'épaule gauche. Six mois auparavant M. N. avait fait une chute sur le poignet et l'épaule gauches et ces parties étaient restées le siége de douleurs qui avaient été très vives pendant un mois, surtout dans le poignet; mais ces douleurs ne l'empêchaient pas de se servir de son bras et de vaquer à toutes ses occupa-

tions. Il n'existait d'ailleurs aucun signe apparent de cette chute lorsque M. N. tomba malade.— C'est pendant son séjour au lit que le bras et l'épaule devinrent plus douloureux et que se manifesta un vaste abcès qui contenait environ trois cents grammes d'un pus séreux, clair, comme celui des abcès froids. Le pus s'écoula par flots par une ponction que je fis dans le point le plus saillant de la tumeur, vis-à-vis l'acromion. Cet abcès était profond et situé sous les muscles deltoïde, coraco-brachial, sous-épineux, et jusque sous le trapèze. A l'aide d'une sonde cannelée, je m'assurai de l'état des os, que je ne trouvai dénudés dans aucun point et fis une contre-ouverture à la partie externe et inférieure du deltoïde, dans le point le plus déclive de ce kyste purulent.— Cet examen m'apprit encore que probablement l'articulation scapulo-humérale n'était pas le siége de cet abcès, et qu'il s'était développé dans le tissu cellulaire du moignon de l'épaule, dans les points où il est lâche, abondant et forme de véritables bourses muqueuses.

Les jours suivants une suppuration abondante eut lieu, mais bientôt le pus devint de mauvaise nature et avait une odeur insupportable. Il ne s'écoulait pas entièrement; soir et matin on était obligé de le faire sortir par des pressions exercées sur l'épaule. L'état général du malade devint plus mauvais, la fièvre augmenta; plusieurs jours de suite M. N. éprouva la sensation du froid, malgré la chaleur extraordinaire qui avait lieu; la langue devint sèche, aride, et le délire qui avait existé dès le commencement de la maladie continua. De concert avec M. Delètre, médecin habituel du malade, nous eûmes recours aux injections chlorurées. Celles-ci modifièrent avantageusement la nature du pus, qui reprit ses qualités normales, sans diminuer de quantité.

Sur ces entrefaites, l'épaule droite se prit à son tour, devint douloureuse, gonflée, et un abcès se forma dans les mêmes parties que du côté opposé. Des cataplasmes n'ayant pu amener la résolution, je pratiquai à la partie externe et un peu postérieure de l'épaule une ponction qui donna issue à environ un verre de pus, clair et séreux, comme celui du côté gauche. Immédiatement après cette ponction et après avoir vidé l'abcès de tout le liquide purulent qu'il pouvait contenir, je fis une injection de 120 grammes d'eau-de-vie que je laissai 4 ou 5 minutes. Du côté gauche je fis également une injection, mais de 200 grammes de teinture alcoolique d'iode, mélangée seulement d'un tiers d'eau. De ce côté l'injection iodée produisit une inflammation adhésive. Du côté droit la nature du pus fut seulement changée: il devint jaunâtre, filant et inodore. Sa quantité diminua aussi, mais la suppuration continua; en un mot, il n'y eut pas de guérison. Ces deux injections furent également douloureuses, moins cependant que chez les autres malades. Voici comment eut lieu la guérison du côté gauche :—Les jours qui suivirent l'injection iodée, il y eut du gonflement, et aucun écoulement ne se fit par les ouvertures fistuleuses. Au bout de 48 heures il s'écoula du pus séreux qui les jours suivants fut remplacé par de la sérosité trouble; puis enfin il y eut encore un petit suintement et les ouvertures fistuleuses se fermèrent complètement : la guérison de cet abcès du côté gauche était radicale.— Je fis alors du côté droit une injection iodée qui produisit les mêmes résultats. Malheureusement le malade n'a pu jouir du bénéfice de ces injections, il a succombé un mois après aux accidents cérébraux dont il était atteint depuis plusieurs mois.

Ce fait prouve, d'une manière positive, que l'alcool ne peut pas remplacer la teinture d'iode et que ces deux préparations n'agissent pas de la même manière. Nous ferons remarquer, en outre, que l'abcès de l'épaule droite était de moitié moins considérable que celui de l'épaule gauche, et que cependant cet abcès a été promptement et radicalement guéri par l'injection iodée, tandis que le droit n'a été que modifié, amélioré par l'injection avec l'eau-de-vie.— Nous engageons nos confrères à répéter ces expériences.

On a fait encore d'autres objections à la méthode des injections iodées : on a dit qu'elles produisaient des gangrènes et quelquefois une intoxication grave. A nos yeux, ces objections sont sans valeur; les faits que nous avons rapportés le prouvent d'une manière irrécusable : plusieurs fois nous avons employé la teinture d'iode pure et à des doses considérables, et jamais nous n'avons remarqué les accidents dont on accuse les injections iodées. A cet effet, on a invoqué les expériences de M. Babault sur les chiens; mais ces expériences et ces observations ne prouvent rien, selon nous, puisque les conditions physiologiques dans lesquelles il a expérimenté diffèrent essentiellement de celles où se trouvent les individus que nous soumettons aux injections iodées. On n'a pas fait attention, sans doute, que M. Babault injectait de la teinture d'iode étendue d'eau dans des tissus qui sont susceptibles d'absorption, tandis que nous faisons nos injections dans des cavités ou trajets à parois denses, épaissies, tapissées d'une fausse membrane, par conséquent imperméables et peu favorables à l'absorption. Il n'est même pas nécessaire d'invoquer ces conditions des abcès pour démontrer l'innocuité de ces injections: les faits nombreux de MM. Lugol, Martin, Velpeau et de beaucoup d'autres dans ces derniers temps, et les nôtres particulièrement, prouvent combien ces craintes d'empoisonnement et de gangrène sont chimériques. Si, comme nous le pensons et comme l'observation le démontre, l'iode racornit, cautérise les tissus qu'il touche, cette cautérisation doit être d'autant plus forte et plus profonde que la préparation iodée est plus concentrée, et alors l'absorption devient aussi plus difficile. Soit cette raison ou une autre que nous ne connaissons pas, à chaque fois que nous avons employé la teinture d'iode pure, nous n'avons

jamais eu la moindre raison de soupçonner l'influence toxique de l'iode, ni déterminé la plus petite gangrène. Les craintes qu'on a sur l'emploi des injections iodées sont donc loin d'être justifiées par les faits.

Pour bien faire comprendre l'action des injections iodées sur les parois des abcès des kystes et des fistules, etc., et pour montrer jusqu'à quel point elles sont innocentes, rappelons en peu de mots l'anatomie pathologique des abcès, des fistules, des kystes, etc. Toutes ces cavités sont revêtues d'une fausse membrane; derrière cette fausse membrane il existe une couche plus ou moins épaisse de lymphe plastique, infiltrée dans le tissu cellulaire; cette fausse membrane et cette lymphe plastique, en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat du liquide contenu dans l'abcès et les mettent à l'abri de l'absorption. Si ce liquide est de la teinture d'iode injectée, l'absorption n'en sera pas plus possible que ne l'était celle du pus avant l'évacuation de ce liquide. Il en est de même dans les abcès récents et circonscrits, l'absorption est encore impossible, puisque le tissu cellulaire qui a été enflammé devient plus dur, plus dense, plus resserré, est infiltré de sérosité de lymphe plastique qui le prive de ses facultés absorbantes. Avec de semblables conditions est-il possible que les injections iodées, en supposant que les effets qu'elles produisent elles-mêmes sur nos tissus soient insuffisants pour s'opposer à leur absorption, est-il possible, disons-nous, d'avoir des phénomènes d'intoxication? L'expérience et le raisonnement démontrent le contraire, quand même l'absorption serait démontrée physiologiquement, ce qui n'est pas.

Les phénomènes qu'on observe constamment après ces injections, phénomènes qu'on a regardés à tort comme des accidents, sont une douleur plus ou moins vive, du gonflement, de la fièvre, de l'agitation, etc. Tous ces phénomènes sont nécessaires et d'un bon augure pour la guérison; quand ils ne se produisent pas assez vivement, l'on doit craindre que le but qu'on se propose par ces injections soit manqué. Ces phénomènes ne sont jamais si manifestes que plusieurs heures après les injections et durent plus ou moins longtemps, quelquefois douze ou quinze heures; mais ils se dissipent peu à peu et sans laisser aucune trace fâcheuse. Des cataplasmes émollients les calment assez promptement.

A quoi sont-ils dus? évidemment à l'action de l'iode sur les parois du kyste; il survient bientôt une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux de l'inflammation la plus violente, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps et que la partie est pourvue naturellement d'un plus grand nombre de vaisseaux et de nerfs. Alors, que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du foyer, le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable, il est gonflé et tend à rapprocher les parois du foyer qui elles-mêmes sécrètent, ou, si l'on peut ainsi dire, suent la matière unissante qui réunit le tout en une seule masse. Alors naît l'inflammation adhésive, qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative, en déterminant la réunion des parties qui sans cela deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Si le rapprochement des parois du foyer a lieu dans tous ses points, si la période adhésive de l'inflammation se développe sur toute la surface des parois du foyer, suivant les intentions du chirurgien, sa cure radicale a lieu et les récidives ne sont plus à craindre.

Quelquefois il ne s'établit qu'une inflammation partielle, soit parce que tous les parois du kyste n'ont pas été également enflammées et que le gonflement n'a pas été assez considérable pour les mettre en contact, ou parce que l'inflammation, au lieu d'être restée adhésive, est allée trop loin et est devenue suppurative.

Tout porte donc à penser que c'est un service réel, précieux, rendu à la pratique que d'avoir employé les injections iodées dans des affections regardées souvent comme incurables, d'avoir substitué une méthode aussi efficace et aussi innocente que celle des injections à des méthodes insuffisantes et quelquefois même dangereuses. Autrefois on faisait des injections dans les abcès fistuleux, mais dans le but seulement de les déterger, de les débarrasser du pus qui y séjournait, et l'on avait recours à ces injections surtout lorsque le pus était, disait-on, de mauvaise nature, qu'il répandait une odeur désagréable, insupportable. Les injections de cette espèce ne doivent pas être omises encore aujourd'hui, et, dans le but de bien nettoyer le foyer purulent, de le tarir de tout le pus qu'il peut contenir, nous conseillons de faire ces injections détersives avant d'en venir aux injections iodées. Cette méthode devra donc être généralement adoptée un jour. Déjà plusieurs chirurgiens l'ont mise en usage avec beaucoup de succès dans ces derniers temps. M. Jobert a employé ces injections iodées avec de grands avantages dans les abcès froids (les Annales de thérapeutique (1), l'Abeille médicale (2), le Journal des connaissances médico-chirurgicales (3) en signalent plusieurs cas). Chez un sujet qui portait à la nuque un vaste abcès froid, M. Jobert a pratiqué une injection de 200 grammes de teinture d'iode, qui eut pour résultat l'adhésion prompte et complète des parois de l'abcès. Il n'y eut pas le moindre accident. Un pareil abcès, beaucoup plus volumineux, situé à la face postérieure de la cuisse, a été traité et guéri de la même manière dans le même hôpital. Ce chirurgien a encore employé l'iode avec succès dans des kystes tuberculeux. Il

(1) Numéro de décembre 1845.
(2) Abeille médicale, mars 1846.
(3) Journal des conn. méd.-chir., mars 1846.

cite en outre le cas d'un jeune homme qui avait un engorgement scrofuleux d'un testicule avec de nombreuses fistules. Une consultation avait eu lieu, on avait proposé l'extirpation du testicule; il se décida pour les injections iodées, et la guérison de cette grave affection fut radicale.

Dans tous les cas où les injections iodées ont été employées chez l'homme, il n'est jamais survenu d'accidents, ni généraux, ni locaux; et cependant plusieurs fois nous avons injecté de la teinture d'iode pure à la dose de 120 à 200 grammes. On ne pourra donc plus arguer des prétendus accidents auxquels les injections iodées peuvent donner lieu. Dans tous les cas où nous avons eu recours à cette méthode, les guérisons ont été promptes et définitives. L'inflammation adhésive a toujours eu lieu, et cette inflammation n'est pas un fait grave, dont il est impossible de prévoir et de maîtriser à volonté les conséquences. Ceci n'est pas une vaine allégation, puisque dans les cas publiés jusqu'à ce jour il n'est survenu aucun accident d'aucune espèce, et que la douleur, la sensibilité, le gonflement, la fièvre, quelquefois l'agitation et l'insomnie que provoquent pendant quelques heures ces injections, se dissipent peu à peu et cèdent rapidement à l'usage des cataplasmes émollients.

BOINET, D. M.

Syphiliographie.

III. Des maladies vénériennes (1).

(*Extrait des leçons cliniques de M. le docteur Ricord à l'hôpital du Midi.*)

L'utilité de l'inoculation ainsi établie, voyons ce qu'il nous reste de ses *dangers*. Peut-elle entraîner, comme on l'a dit, des accidents locaux graves? Certainement, surtout si on l'abandonne à elle-même, car elle revêt alors la forme de l'accident auquel on l'a empruntée. Nous en avons fait la triste expérience lorsque, plein de confiance dans les assertions de Hunter, Cullerier, de l'école philosophique, nous fîmes nos premiers essais. Plus instruits aujourd'hui, et arrêtant quand nous voulons la marche de l'accident, nous employons l'inoculation sans plus de crainte et avec moins d'inconvénients que la médecine humoriste les exutoires de complaisance et de précaution dont elle use si largement, comme nous le fit spirituellement remarquer notre confrère M. Nélaton. Augmente-t-elle les chances d'infection générale? L'observation a prouvé d'une manière irréfragable que les accidents constitutionnels n'étaient en raison directe ni du nombre ni de l'étendue des accidents primitifs; leur siége n'a pas plus d'importance. Mais que ne peut une colère aveugle! Les mêmes hommes qui nous disent à ce propos : En augmentant le nombre des sources d'infection et la quantité de matière infectante versée par elles, vous favorisez l'intoxication générale! ces hommes nous crient ailleurs : Prenez bien garde de fermer la plaie ouverte, le chancre à son début; vous vous privez d'un exutoire précieux, vous enfermez *le loup dans la bergerie*, etc. Eh! messieurs, entendons-nous! la porte doit-elle rester *ouverte* ou *fermée*?

Ces préliminaires terminés, nous allons exposer la classification des maladies vénériennes, basée sur des observations pratiques, sur des expérimentations faites avec cet esprit de sage réserve que j'apporte toujours en matière scientifique et que je ne puis trop conseiller; l'autorité d'un nom, quelque recommandable qu'il soit, ne doit point nous faire admettre entièrement des récits en opposition formelle avec les résultats déduits de faits interprétés sans violence et de l'expérimentation renfermée dans de sages limites.

A des questions ainsi posées, la réponse de la nature est toujours nette et catégorique; et c'est de cette manière que nous sommes arrivés à la classification que nous allons vous soumettre.

Rappelons notre définition des maladies vénériennes : *celles qui succèdent médiatement ou immédiatement à des rapports intimes et le plus ordinairement sexuels.*

Définition large, embrassant une foule d'affections tellement disparates que des subdivisions sont aussitôt nécessaires; et en effet, une première différence essentielle, radicale, portant sur la nature même de ces affections, nous les fait diviser en deux ordres :

Premier ordre. Maladies vénériennes virulentes, constituées par le *chancre*, point de départ obligé, et toutes ses *conséquences*. A elles seules nous réserverons, avec Swediaur, le nom de maladies syphilitiques.

Deuxième ordre. Maladies vénériennes non virulentes, différenciées des premières par la *non-spécificité* de leurs causes qui sont celles des maladies communes, et que j'appellerais volontiers pseudo-syphilis; elles comprennent la *blennorrhagie* et ses *conséquences*.

Des différences radicales, essentielles, portant sur le principe et ses manifestations, élèvent donc entre ces deux ordres une limite bien tranchée.

Cette classification est-elle bonne? Nous allons nous en convaincre en examinant rapidement les analogies et les différences des accidents de chaque ordre. Les deux accidents primitifs, chancres, blennorrhagie sont analogues, a-t-on dit, puisqu'ils proviennent, d'une même source, la femme gâtée. Ils constituent deux formes différentes d'une même maladie. Pour arriver à cette singulière conclusion, on s'est appuyé sur des observations copiées partout et relatant, par exemple, que deux hommes ont contracté l'un des chancres, l'autre une blennorrhagie, avec une même femme ne présentant que ce dernier symptôme; mais le spéculum n'ayant pas été appliqué dans ces cas, le fait est sans valeur, non avenu; mais, de plus,

(1) Voir les numéros des mois de juin et juillet.

dans notre longue pratique, il ne nous est pas arrivé une seule fois de ne point trouver le chancre là où nous pouvions le présumer et où nous l'avons convenablement cherché. Caché dans les recoins du vagin, sur le col utérin même, comme nous l'avons constaté plusieurs fois, il échappe à un examen superficiel, incomplet, et ne se traduit au dehors des organes génitaux que par un écoulement de muco-pus, symptômes communs de mille affections. *L'analogie de source est donc apparente, superficielle.* — Le siége, a-t-on dit, est le même; mais est-ce là une preuve d'identité de nature? Combien d'affections différentes, traumatiques ou autres, se manifestent du côté des organes génitaux, et que nos adversaires eux-mêmes se gardent bien de confondre avec les maladies vénériennes? *La communauté de siége ne prouve donc rien.*—On a fait sonner bien haut une prétendue analogie dans la manifestation des symptômes consécutifs aux deux accidents; lymphite, bubons des deux côtés! Oui, le système s'enflamme, ses ganglions s'engorgent, suppurent même sous l'une ou l'autre influence; mais faites intervenir l'inoculation de ce pus, celui du bubon dérivant d'un chancre est seul susceptible de fournir la pustule caractéristique; l'autre, jamais. Que devient l'analogie? Mais vous êtes assez riches sans doute pour nous passer cela; ne vous reste-t-il pas le système cutané, les yeux, les testicules, les tissus fibreux et osseux qui, se prenant dans les maladies non virulentes comme dans les autres, prouvent un retentissement de l'accident local sur toute l'économie? Avec de notables différences cependant: 1° La blennorrhagie, dont le pus ne s'inocule pas, non plus que celui de son bubon, ne réagit sur l'économie que pendant sa durée, par une espèce de *sympathie*, bien différente d'ailleurs dans ses effets des manifestations de la syphilis constitutionnelle; l'organisme infecté par un chancre présente aussi des altérations partielles plus ou moins étendues, mais dont la répétition, longtemps après la guérison de tout accident local, nous prouve qu'une imprégnation profonde a modifié nos organes et nos fonctions. Comment des choses aussi essentiellement différentes par la cause, la forme, la marche, ont-elles pu être confondues! Les éruptions cutanées de la blennorrhagie sont toutes des *exanthèmes aigus simples* (érythème ou roséole), déterminés non par un *molimen blennorrhagique* comme on l'a dit, mais par l'action des balsamiques (cubèbes, copahu, etc.) administrés contre l'affection principale; et voilà ce que des dermatophiles ont *de nos jours* confondu avec les syphilides! Les convictions les mieux assises s'ébranleraient au milieu de cette confusion, si l'on n'avait chaque jour sous les yeux l'enseignement des faits. Comment est-il possible de confondre l'ophthalmie blennorrhagique avec l'iritis syphilitique, l'épididymite blennorrhagique avec le sarcocèle syphilitique, affections si bien différenciées par Hunter? Une différence plus grande encore, s'il est possible, sépare les affections des tissus fibreux et osseux dans les deux ordres de maladies vénériennes; hors l'analogie de siége, qui ne préjuge rien touchant la nature du mal, quel rapport trouverez-vous entre l'arthrite blennorrhagique du n° 6, salle 3me, et les accidents tertiaires, exostoses (salle 3me, n° 30), et tumeur gommeuse (salle 1re, n° 3)? Enfin, pour trancher la question, les maladies syphilitiques sont héréditaires, établissent chez l'individu né de parents atteints actuellement de certains accidents une prédisposition en vertu de laquelle il se verra frappé, sans cause extérieure, sans inoculation directe, de la série des symptômes de la syphilis constitutionnelle; les maladies non virulentes au contraire sont toujours accidentelles. Nous sommes donc fondés à conclure que les *maladies vénériennes non virulentes diffèrent de la syphilis par leurs manifestations générales.* — Poursuivons le parallèle dans les maladies syphilitiques: *traitement spécifique* presque constamment obligé, mercure, iode; médicaments essentiellement nuisibles au contraire dans les maladies non virulentes qui ne réclament que le cubèbe et le copahu.

Si nous résumons rapidement les autres traits spéciaux de l'histoire du chancre, nous le voyons: 1° dériver toujours d'une même source, un ulcère semblable à lui; et, inoculé, reproduire fatalement un ulcère de même nature, ce qui n'a pas lieu pour la blennorrhagie; 2° le chancre se développe partout où est déposée sa cause spécifique, la blennorrhagie sur les muqueuses seulement. Et qu'on ne vienne pas dire, avec Hunter, que des conditions de tissu modifiant une cause identique amènent ces différences de *formes* et d'*effets* entre la blennorrhagie et le chancre; car, pour que cela fût, il faudrait que le pus du chancre, porté sur une muqueuse, produisît toujours et seulement une blennorrhagie, et le pus de cette dernière sur la peau un chancre. Or, nous savons ce qu'il en est.

Rien n'est donc plus évident que la distinction par nous établie des maladies vénériennes en *virulentes* et *non virulentes;* mais loin de nous l'idée de nier qu'il ne se rencontre quelquefois des cas douteux, peu tranchés et de nature à jeter dans l'erreur les observateurs les plus consciencieux. Une grande pénétration, les secours de l'expérimentation sont alors indispensables; car l'accident caractéristique, *sine quâ non*, le chancre, n'est pas toujours patent, visible au premier abord; celui de l'urèthre, par exemple (le chancre larvé), ne se révèle au dehors que par les symptômes ordinaires de la blennorrhagie, douleur, écoulement muco-purulent. Mais ce n'en est pas moins un chancre pour cela, un chancre que prouvera une exploration portée assez loin et l'expérimentation directe que je ne puis trop recommander; et vouloir le confondre avec une blennorrhagie, une uréthrite simple, c'est volontairement fermer les yeux à la lumière.

ORDRE PREMIER.

Maladies vénériennes virulentes.—Syphilis.

Ce mot, qui nous vient de Fracastor, est généralement admis aujourd'hui, à l'exclusion des mots gorrhe, grosse gorrhe, grosse vérole, mal français, napolitain, et *morbus pustularum*, vérole, bien que cette dernière appellation soit encore quelquefois employée. Quelle est son étymologie? Fracastor ne nous la donne pas, et de celles proposées depuis : σὺν φιλια (Fallope), σιωλὸς (Bosquillon), σῦς φιλία, *amor porcinus* (Swediaur), nous admettrions de préférence la dernière.

Dans l'ignorance où nous sommes de la nature du virus syphilitique, la définition de la maladie ne peut être qu'un tableau abrégé de ses principaux symptômes. La syphilis est une maladie qui paraît aujourd'hui propre à l'espèce humaine, mais non spontanée chez elle. Due à l'action d'un *virus* qui en est la cause spécifique, *sine quâ non*, et fatalement contagieux dans des conditions données, elle se développe toujours là où la cause a été déposée et produit différents ordres d'accidents : les uns primitifs, directs, se développent au lieu même où agit la cause; les autres successifs, indirects, paraissent consécutivement en rester là, ou, infectant l'économie, produire une *diathèse* qui, après un temps d'incubation déterminé, donne lieu fatalement à la manifestation d'accidents que nous diviserons en deux groupes : les uns, plus précoces, accidents secondaires; les autres, plus ou moins tardifs, accidents tertiaires; les uns et les autres non inoculables. La syphilis, dans ses différentes phases, nécessite le plus souvent une médication spécifique ou tout au moins spéciale.

Cette définition nous fournit quatre grandes divisions naturelles de notre sujet : source, évolution, symptomatologie, traitement des maladies syphilitiques.

CHAPITRE PREMIER.

§ I. *Source des maladies syphilitiques; non-spontanéité. Femme-vase.* — § II. *Du virus; étymologie; origine prochaine; origine immédiate. Identité constante du virus; véhicules pathologiques et physiologiques; intensité variable.*— § III. *Double action sur nos tissus; conditions de l'action spécifique inhérentes 1° à la cause en elle-même; 2° aux tissus ou parties qui vont s'infecter.* — §. IV. *Des différents moyens d'infection, et de sa fréquence ou facilité dans les différentes régions.*

§ I. Nous l'avons déjà dit, la syphilis n'est jamais spontanée chez l'homme; l'observation rigoureuse démontre dans tous les cas des relations intimes de l'individu sain avec un individu malade. Pour compléter ce que nous avons dit des différentes causes d'erreur, nous avons encore à signaler la possibilité du transport de la maladie d'un individu infecté à un individu qui va l'être, sans rapprochement de ces deux individus et par l'intermédiaire d'un autre, ordinairement une femme, qui restera saine; cette idée de la *femme-vase* transmettant le virus sans s'infecter n'est pas neuve, puisqu'elle remonte à Widemann et elle est tellement logique, pour qui réfléchit au mode de transmission du virus, que si les faits ne l'avaient démontrée, nous y serions arrivés par induction. En effet, aucune matière virulente, déposée sur nos tissus, ne détermine nécessairement l'infection, à moins qu'ils ne soient entamés, écorchés, que le virus n'y trouve en quelque façon une *porte d'entrée*; dans des conditions d'intégrité parfaite, le pus virulent pourra donc souiller les organes de la femme sans manifester autrement sa présence, et transmettre l'infection à celui qui viendra balayer, enlever le véhicule du virus. Dans ces cas assez communs et où l'erreur est si facile, admettrez-vous la spontanéité du virus? Convaincu de la nécessité d'un *transvasement*, nous avons toujours dirigé nos questions dans ce sens, et toujours aussi nous avons obtenu l'aveu d'un autre coït peu d'heures avant celui qui donna l'infection; et quand nous avons pu remonter jusqu'à l'agent de ces premiers rapports sexuels, nous avons reconnu chez lui des accidents primitifs inoculables, et c'est sur des preuves matérielles nombreuses que s'est assise notre conviction : qu'il nous soit permis d'en citer quelques-unes : — Une dame déjeunait avec un ami de la maison et son mari; ce dernier sort pendant quelques instants, que se passa-t-il en son absence?..... Quoi qu'il en soit, le déjeuner se termine, l'invité se retire, et l'époux, échauffé probablement par de copieuses libations, prend la place de l'amant. Quelques jours après il entrait dans mon cabinet. Devenu prudent comme vous le savez, nous le poussons de questions, et nous connaissions tous les détails de l'affaire avant d'avoir donné notre avis sur l'affection qui consistait en un chancre des mieux caractérisés : tout cela fut mis sur le compte de l'échauffement produit par le vin, etc., et notre malade nous quitta fort tranquille. La femme, inquiète pour elle-même, en voyant son mari prendre des soins insolites, arrive à son tour et, sur les détails qu'elle me donne, je me rappelle sans peine l'individu qui m'avait consulté quelques jours auparavant : l'examen de cette dame, fait avec la plus scrupuleuse attention, me la montre parfaitement saine, et d'un autre côté j'avais du mari l'assurance positive, formelle, presque toujours croyable entre hommes, qu'il n'avait eu de rapports avec aucune autre femme : dès lors, dirigeant mes questions dans un autre sens, je cherche à donner à ma cliente des inquiétudes sur l'avenir, et j'obtiens ainsi l'aveu des rapports cités plus haut; l'amant examiné à son tour me présenta un chancre dans toutes les conditions de transmission. Que d'histoires bâties par nos contemporains sur des faits semblables! ou sur cette croyance des médecins *virulents quand même* à certaines conditions organiques ou fonctionnelles qui font

qu'une femme *bénigne* à un certain degré de température devient spontanément *virulente* si on l'élève à cet autre degré que j'appelle le *rouge virulent* de M. Cazenave!

§ II. Ce virus, cause spécifique, spéciale, *sine quâ non* de l'accident syphilitique, a été tour à tour nommé, suivant l'idée qu'on se faisait de sa nature, *ferment*, *mode vénérien* (Bru), *cause spécifique*, *virus syphilitique* ou vénérien, *poison morbide syphilitique* par Hunter qui voulait le distinguer des autres produits vénéneux physiologiques fournis par les végétaux ou les animaux. Il dérive peut-être de la même source, nous l'avons déjà dit, que le farcin, le virus vaccin, qui comme lui ne sont pas spontanés chez l'homme, mais transmis une première fois à un individu de notre race, puis de l'un à l'autre; transport longtemps inconnu, celui du farcin surtout, alors qu'on appréciait déjà les accidents produits par ces virus sans en connaître l'origine. C'est précisément à ce point que nous sommes arrivés pour la vérole. Ira-t-on plus loin? c'est possible, mais tout est encore à faire dans ce sens. Que vous montrer encore? Mais la source actuelle, le point de départ obligé de tout accident syphilitique, nous le connaissons : c'est le chancre, pris dans son acception la plus générale, l'ulcère primitif, à la période de progrès, période spécifique, et qu'on peut considérer comme l'organe spécial d'une sécrétion virulente, le virus syphilitique, destinée à reproduire à l'infini partout où on la dépose l'ulcère qui lui a donné naissance. L'observation rigoureuse des premiers phénomènes déterminés par l'inoculation nous a prouvé que le virus syphilitique est unique, toujours le même dans sa source et dans ses effets; quelques nuances dans la forme peuvent résulter du siége de l'accident, de la période à laquelle il est arrivé, de l'idiosyncrasie de l'individu, confusion apparente, généralement facile à démêler et à suivre; mais dans tout le reste identité absolue, unité. Ainsi sont détruites les hypothèses de Carmichael, de B. Bell et d'Hernandez; nous nous sommes promis de revenir sur celles de M. Baumès: d'accord avec nous sur presque tous les points, il admet cependant une blennorrhagie douée d'un certain degré de virulence, insuffisant il est vrai pour reproduire un chancre, mais susceptible de donner lieu à des accidents constitutionnels. *Fille cadette* de l'épidémie, cette blennorrhagie spécifique à un moindre degré produirait une petite famille d'accidents constitutionnels plus légers que ceux du chancre, etc. Roman! doctrine insoutenable, élevée sur des observations incomplètes, inexactes : car jamais des accidents constitutionnels n'ont été observés après une blennorrhagie simple bien constatée; jamais le chancre larvé n'a donné lieu à des accidents constitutionnels autres que ceux de tous les chancres; toujours, enfin, dans les cas d'infection générale, on a pu constater des accidents primitifs sur quelque point de la surface du corps ou de ses ouvertures naturelles. Le virus syphilitique est donc *unique*.

Mais l'avez-vous isolé, l'avez-vous vu? nous dira-t-on : oui, dans certains conditions; nous l'avons vu, qu'on me permette une comparaison grossière, comme le chimiste voit par ses propriétés le corps simple qu'il n'a pu encore isoler de ses composés : de même le virus n'a pu jusqu'ici être séparé du pus, *véhicule pathologique*, des différentes humeurs, produits de nos sécrétions, *véhicule physiologique*. — Mais le pus a des qualités souvent contradictoires, séreux, putride ici, phlegmoneux là-bas, alcalescent ou acide, animé, etc., etc., ce qui ne peut constituer une identité.— A cela nous répondrons, et l'expérimentation a prononcé, que ces modifications du véhicule, accident à côté du fait principal, n'ôtent rien à la virulence; sauf pourtant la putridité compagne de la forme gangréneuse dans laquelle, si l'observation est exacte, la virulence du chancre est détruite; mais cette exception est la seule, et tient, comme on le voit, non à l'état du véhicule, mais à une modification de l'*organe sécréteur*. Les animalcules qui se développent dans le pus virulent comme dans tous les autres pus sont tout-à-fait en dehors de ses qualités spécifiques. En effet, ces animalcules sont différents suivant la région où siége l'accident. Développés là où agit une condition quelconque de putridité, ils manquent au contraire dans le pus du bubon virulent examiné au moment même de l'ouverture de celui-ci. Enfin les vibrions, par exemple, qui se développent et vivent dans les pus alcalescents, meurent dès qu'on les met dans le pus acide des vaginites, élément du tricomonas; or, rappelons-nous que ces différentes propriétés du pus, incompatibles avec l'existence de tel ou tel animalcule, sont tout-à-fait distinctes de la virulence. Ainsi tombe la théorie de Deidier et celle que M. Donné a au reste abandonnée depuis.— Nous avons parlé de véhicule physiologique; en dehors de toute condition de suppuration, le virus syphilitique existe-t-il incorporé au sperme, à la salive, à la sueur, aux urines, au lait, aux produits enfin de notre sécrétion? Non, mille fois non. Ces liquides peuvent lui servir de véhicule, comme nous le voyons par l'histoire que rapporte dans un autre but Cullérier (oncle) d'une dame qui, pour éviter la conception dans ses rapports avec son amant, le faisait éjaculer hors du vagin : un chancre lui vint à l'ombilic, d'où l'on conclut à la virulence du sperme lui-même, sans considérer que ce sperme s'était chargé de virus en passant sur un chancre que portait l'amant. Il en serait de même pour tout autre produit de sécrétions mis dans des conditions analogues; mais, en dehors de cela, rien : l'expérimentation nous l'a prouvé, et l'analyse des faits consignés dans les auteurs nous a toujours montré, en dehors de leur fantasmagorie, des conditions matérielles de mélange du pus. Des nourrices qui ne portent au mamelon aucune ulcération spécifique ne peuvent jamais rien communiquer *par leur lait*.

Quel que soit son véhicule, le virus a toujours la même intensité, ni plus ni moins ; du pus est ou n'est pas virulent, sans degré du faible au fort : mais l'intensité des effets est modifiée par les conditions hygiéniques, idiosyncrasiques ou thérapeutiques individuelles, les modifications du terrain en entraînant d'autres dans le produit; la vérole est, suivant nous, restée la même, mais ses conditions de développement sont devenues moins faciles, et pourront peut-être le devenir de moins en moins sous l'influence des améliorations apportées à l'hygiène publique, au traitement des accidents syphilitiques. Le virus, le ferment de la vérole, peut être éteint, désorganisé, mais les dilutions les plus étendues ne lui ôtent rien de son activité : un atome, perdu dans l'Océan, s'il rencontre un point inoculable, s'y greffe; et de là une série complète d'accidents aussi intenses que par le contact d'une énorme quantité du même virus, tous deux agissant bien entendu sur des idiosyncrasies semblablement disposées.

Nous allons examiner son mode d'action et ses conditions de contagion.

§ III. La cause spécifique de la syphilis, le *pus virulent*, a une double action : comme le prouvent de nombreuses observations, il peut agir soit en vertu de sa spécificité, soit comme un simple irritant. Dans le premier cas il détermine un ulcère caractéristique, jouissant de toutes les propriétés du chancre ; dans le second, une inflammation simple, semblable à celle que produirait sur la même partie l'action de tout autre irritant. Toutes les fois que ce pus sera appliqué dans certaines conditions, que nous déterminerons bientôt, les propriétés spécifiques seront fatalement mises en jeu : résultat de l'expérimentation d'où j'ai pu conclure qu'il n'y a point d'individu réfractaire à l'action spécifique de ce virus mis dans des conditions voulues d'action, ni d'idiosyncrasie qui résiste à la syphilis primitive. L'opinion contraire, longtemps accréditée et soutenue par une observation superficielle, s'appuie sur ce fait bien établi que tel a eu des rapports avec un individu infecté sans rien contracter lui-même. Mais tous les jours, dans ces salles et aux consultations publiques, maîtres ou élèves qui, payant sans crainte de nos personnes, avons sans cesse les doigts couverts de ce pus inoculable, contractons-nous le moindre accident? Non, tant que nos doigts sont intacts, nets de la moindre plaie; sinon, comme j'en ai fait deux fois la triste expérience, l'infection fatale arrive, comme elle arrivera toujours dans les cas où une porte sera ouverte au virus, sans acception d'idiosyncrasie. S'il existe des contradicteurs ou des incrédules, qu'ils ramassent le gant que je leur jette, je les défie de se laisser inoculer. Ainsi deux modes d'action : l'une spécifique, fatale, obligée, le virus étant appliqué dans les conditions requises; l'autre non spécifique, consistant dans une inflammation simple, et dans laquelle, un pus très virulent d'ailleurs, n'agit que comme tout autre irritant, l'ammoniaque, par exemple, dont Swediaur se servit pour déterminer artificiellement des blennorrhagies, des balano-posthites; inutile de dire que les produits de ce mode inflammatoire ne reproduiront jamais rien par l'inoculation. Cette clause, indispensable suivant nous, des *conditions requises*, fut vivement attaquée par l'école physiologique et Boisseau en particulier ; de cette nécessité ils auraient volontiers conclu à la non-virulence de la cause mise en jeu, comme si tout phénomène ne réclamait pas pour son évolution complète la réunion de circonstances spéciales et plus ou moins importantes.

La double action du pus virulent, à laquelle on aurait conclu par le raisonnement seul, nous a été confirmée par l'expérimentation à plusieurs reprises. Ainsi, sur des malades affectés à la fois de chancres et de balano-posthite, nous avons complètement isolé pendant quelques jours ces surfaces sécrétantes et leurs produits, qui furent au bout de ce temps inoculés séparément : le pus seul du chancre donna lieu à la pustule caractéristique, ce qui prouve qu'une lésion non virulente peut tirer son origine d'un accident primitif, et que l'existence de cet accident chez un individu accusé de l'infection ne met pas en droit de conclure à la spécificité de l'accident transmis; ce qui est d'une grande importance en matière scientifique et en médecine légale.

Etudions maintenant les conditions de l'action spécifique : elles doivent être examinées dans la cause en elle-même, le pus virulent intrinsèquement ; et dans les tissus sur lesquels il est appliqué.—1° Dans la cause en elle-même. Est-il nécessaire de répéter que le siége de l'accident qui fournit le pus n'a aucune influence sur la spécificité de celui-ci ? que cet accident n'est pas la propriété exclusive des organes génitaux, comme on l'a cru un moment, et que, susceptible de se développer sur un point quelconque de la surface du corps, il a partout la même virulence ? Il ne faut pas admettre davantage, dans la partie d'où procède l'infection, un orgasme, une vitalité, un mode fonctionnel à part : orgasme supposé par certains auteurs dans les organes génitaux pendant le coït, et rendant l'une et l'autre parties plus aptes à donner et à recevoir l'infection; orgasme physiologique qui, élevé à sa dernière puissance, se transformerait en un orgasme virulent, etc., etc. ; hypothèse toute gratuite et qui rappelle celle de la virulence spontanée développée chez la femme dans certains états. On a cru longtemps, et Cullérier l'écrivait encore il y a peu d'années, que le pus virulent pour agir devait être récent et même encore chaud ; cette prévention est tombée comme les autres devant l'expérimentation qui a prouvé que le pus virulent, recueilli sur quelque région que ce soit, dans le plus profond sommeil des sens, et conservé dans des tubes comme le vaccin, agit à froid, sans préparation aucune, même longtemps après son extraction, pourvu qu'il n'ait subi ni désorganisation, ni fermentation putride, ni mélanges suscepti-

bles d'altérer sa virtualité, et que les tissus qui le fournissent ne soient point eux-mêmes décomposés; connaissance qui n'est certainement pas indifférente, puisque seule elle peut donner l'explication des faits encore assez fréquents de *transmission médiate*. 2° De la part des tissus qui vont s'infecter, pas de nécessité de siége, pas de conditions électives: le gland, le bout du doigt, mis dans les conditions requises, s'inoculent avec une égale facilité; tous les jours nous en trouvons des exemples. M. Huguier nous a fait connaître l'histoire d'un homme qui, couché avec deux femmes, dont l'une avait la tête aux pieds du lit, contracta un chancre au gros orteil: une seule, celle dont nous avons fait mention, présentait l'accident syphilitique, et le lui transmit au pied, en raison sans doute de la position exceptionnelle qu'ils avaient prise. Rien de plus fréquent que cette disparité dans le siége des accidents primitifs: un individu me consulte pour un chancre à la lèvre, et la femme qui lui transmit l'infection n'en avait qu'à la vulve. Faut-il dire que de même le chancre de la verge se reproduit partout où il a pu déposer la cause spécifique, à l'anus, etc., etc.?

Le siége est donc indifférent. Hâtons-nous de dire qu'il n'y a pas davantage de conditions électives dans le tissu qui reçoit l'infection. Quel orgasme faire intervenir entre la peau de la cuisse qu'on inocule et la pointe de la lancette qui porte le pus sous son épiderme? La seule condition importante, c'est une dénudation des tissus, une destruction, si limitée qu'elle soit, des membranes protectrices; hors de là, rien. Voyez ces malades, les fesses et le haut de la cuisse impunément plongés dans un bain de pus virulent; qu'une piqûre de sangsue soit seulement touchée et l'infection se déclare. Après les solutions de continuité, les points les plus exposés sont ceux où la membrane protectrice va s'affaiblissant, où elle est soumise à des tiraillements violents dans l'érection, les rapports sexuels, normaux ou antiphysiques. Où se développent le plus souvent les chancres de la verge? autour du frein dont la brièveté devient fréquemment la cause de déchirures, à la rainure du gland. Chez les femmes, les caroncules myrtiformes, la fourchette, parties qui s'accrochent et se déchirent si facilement, partagent avec le frein ce fâcheux privilége. Voilà donc la contagion réduite à des conditions pures et simples d'inoculation. Pour des raisons opposées, les chancres du vagin, du col utérin, sont rares. L'infection est donc impossible sur un tissu intègre et sain; mais peut-elle se faire pour toute plaie? oui, pourvu que celle-ci soit simple, récente; dans ces conditions, c'est la voie la meilleure, d'une certitude absolue. Mais une ulcération, de quelque nature qu'elle soit, ne lui donnera point passage si l'inflammation est trop forte, le mouvement excentrique l'emportant alors de beaucoup sur celui d'absorption: vérité d'observation proclamée par Hunter. Plus tard, l'inflammation tombant, l'inoculation devient possible: rien de plus facile à constater sur les malades affectés de bubons virulents traités par les vésicatoires. Sur ces surfaces, le pus, par son abondance, empêche aussi l'infection qui est d'ailleurs très rare chez les femmes atteintes de leucorrhée; ici, le pus virulent est séparé des surfaces par une couche isolante; le smegma qui encroûte le gland de certains individus agit d'une manière analogue. Mais, avec la meilleure de ces conditions d'infection, il faut encore un contact prolongé pendant un certain temps entre le pus et la surface dénudée, l'infection de cette dernière ne se faisant point en vertu d'un effet électrique, instantané, produit sur nos tissus.

Les conditions de l'action spécifique sont donc de nature à se retrouver dans tous nos tissus; mais il est des causes occasionnelles de contagion auxquelles nous sommes redevables de voir plus souvent le chancre sur certains organes que sur d'autres, et elles ne se réunissent jamais en plus grand nombre que dans les rapports sexuels. D'abord, les organes infectés sont soustraits à l'observation, ce qui n'aurait pas lieu, par exemple, pour un accident primitif de la lèvre. En second lieu, ces organes restent en contact plus longtemps que dans aucune autre espèce de rapports. Or, les chancres d'infection étant en raison directe de la prolongation de l'acte, à ces conditions s'ajoutent celles qui résultent d'une extrême délicatesse de texture, de la finesse des membranes d'enveloppe, du nombre et du développement des follicules de la partie, des conditions de conformation que nous avons signalées et mises en jeu avec d'autant plus de certitude que le membre viril sera plus volumineux relativement aux organes féminins. Cette multitude de causes occasionnelles rend parfaitement compte de la présence de l'accident spécifique en ces régions, sans qu'il faille invoquer une mystérieuse spécificité d'action de leur part.

§ IV. Un baiser peut-il transmettre la maladie? oui; mais ne perdons pas de vue que cette excuse est souvent invoquée à faux. Quoi qu'il en soit, les accidents primitifs buccaux sont très communs et peuvent s'expliquer de mille façons: baiser sur toute partie antérieurement souillée; infection d'un enfant, soit au moment de sa naissance, par un chancre des organes génitaux de la mère, soit plus tard, par le mamelon de la nourrice, soit par pratique hébraïque de la circoncision, etc.

Les différents genres de toucher ou d'attouchements sont encore des moyens d'infection, mais bien moins riches que les précédents, l'épiderme des organes mis en jeu étant beaucoup plus solide. D'un autre côté, il faut considérer que les éraillures sont aussi plus fréquentes sur ces organes que partout ailleurs.

Les rapports anormaux (*à præposterâ venere*, antiphysiques) sont une cause très fréquente, presque fatale, d'infection, car ils ne

se consomment jamais sans violence, déchirures, etc.

Des instruments, des ustensiles, du linge, etc., chargés de pus virulent, même en minime quantité, peuvent encore transmettre la syphilis à plusieurs jours d'intervalle, comme nous en avons eu ici quelques fâcheux exemples : *à fortiori*, des gens moins prudents, moins propres, ignorants du danger, y sont-ils plus exposés. Un malade, opéré du phimosis, nous en a donné un exemple remarquable : il n'avait aucun accident syphilitique; sa plaie marchait bien d'abord; mais les points de suture échappent tout-à-coup, la plaie prend une physionomie suspecte, et bientôt nous donne par inoculation le pustule caractéristique. Examen fait des conditions de l'opération et des moyens employés, nous nous trouvons tranquilles pour notre compte. Mais l'infection de la plaie était un fait positif qui voulait une explication; nous ne tardâmes pas à la trouver : notre opéré usait pour se panser de charpie qu'il prenait à un de ses voisins affecté d'un chancre phagédénique, charpie confectionnée par le voisin lui-même. Nous avons vu d'autres exemples d'infection prouvée par l'inoculation, à la suite de saignées avec une lancette sale. Rien ne manque donc à la démonstration de ce fait : la transmission par l'intermédiaire d'un corps quelconque chargé de pus virulent. On s'expliquera de même celle par des draps de lit (Fabrice), la lunette de lieux d'aisance (Fallope), des vêtements empruntés, surtout ceux qui se donnent en location à l'époque des travestissements. Mais, en insistant sur l'importance de ces données en médecine légale, nous rappellerons qu'elles sont souvent invoquées dans un but de fraude, contre laquelle nous devons être toujours en garde.

Les voies digestives ont-elles pu quelquefois servir de voie d'introduction au virus dans l'économie? Le virus ira-t-il par-là, en vertu de quelque dyscrasie, déterminer un chancre au pénis ou à la vulve? doctrine admise trop facilement par certains confrères, malgré les recherches de Hunter, et accréditée encore dans ces derniers temps par l'histoire de Tassant, si généralement connue qu'il est inutile de la citer ici. Sans rapporter les expériences beaucoup plus probantes et les deux faits que l'on peut lire dans Hunter, nous vous ferons remarquer qu'aucun organe n'est moins que l'estomac dans les conditions requises d'inoculation, et qu'en conséquence nous sommes en droit de conclure, par le raisonnement et par l'observation, que l'infection par la continuité du tube digestif est impossible; les deux orifices exposés, comme le reste du corps, à des lésions, des attouchements de toute nature, sont, au contraire, fréquemment le point de départ de l'infection syphilitique.

Ed. Courtin,

Élève interne à l'hôpital du Midi.

Thérapeutique.

IV. Note sur le monésia.

En ce moment il règne dans un grand nombre de pays différents cette sorte d'épidémie annuelle que ramènent les grandes chaleurs, et qu'en souvenir de la cruelle épidémie de 1832 on appelle chez nous la *cholérine*. A cette occasion nous croyons devoir fixer de nouveau l'attention de nos lecteurs sur un médicament qui compte déjà en France dix années d'expérimentation, et qui n'est peut-être pas assez généralement connu et employé, malgré les succès incontestables qu'il a obtenus et l'approbation que lui ont donnée un grand nombre de médecins et de chirurgiens de France, d'Angleterre, d'Allemagne, de Suisse, d'Italie, etc. Nous voulons parler du *Monésia*.

Ce qui peut expliquer cet abandon immérité, cette indifférence pour une substance active mais dont l'usage n'est pas encore général, c'est que chaque jour des médecins citent des observations, curieuses pour la plupart, de succès inattendus obtenus avec tel ou tel médicament; mais les auteurs ne se bornent pas au fait particulier qu'ils ont observé, ils veulent alors généraliser l'emploi de la préparation qu'ils ont mise en usage pour tous les cas analogues; et le praticien, se méfiant de cette foule de prétendus spécifiques dont on veut l'enrichir, finit par les envelopper tous dans une même proscription ou par les confondre dans un même oubli.

C'est ainsi que récemment un article répété par presque tous les journaux, sur l'emploi de l'acétate de plomb dans la dysenterie, aurait pu faire croire que la propriété de ce sel venait seulement d'être découverte, et cependant Goulard, dont ce sel porte le nom, l'employait déjà contre cette même maladie; Ewel, Burke, Mitchell, Laidlaw, Tœpken, avaient dès il y a longtemps constaté ses avantages. M. Monin l'avait mis en usage dans une épidémie de dysenterie en 1831; Dupuytren, en 1832, le recommandait dans le choléra; et M. Fouquier, renouvelant les expériences d'Etmuller lorsqu'il appliquait l'acétate de plomb aux sueurs des phthisiques, avait fait connaître les doses auxquelles il était prudent de s'arrêter.

Nous sommes loin de blâmer les praticiens qui cherchent à réhabiliter les préparations abandonnées; mais nous sommes forcés de reconnaître que le plus souvent ce n'a pas été sans raison qu'on a renoncé à employer une substance qui avait produit de bons résultats, et nos sympathies sont acquises aux substances nouvelles lorsque, comme le monésia, elles ont été expérimentées longuement, publiquement, par un grand nombre de praticiens recommandables et qu'elles viennent agrandir le champ de la thérapeutique.

Le *monésia*, qui par ses propriétés se classe avec les médicaments astringents, jouit de quelques priviléges qui le rendent préférable

aux autres dans certaines circonstances qu'il est bon de rappeler.

Ainsi, il a été généralement constaté que le monésia n'est pas un astringent irritant, et sa composition chimique rend assez bien compte de cette particularité. Un grand nombre de médecins l'ont employé dans des cas où l'irritation de la muqueuse digestive n'aurait pas permis de prescrire d'autres médicaments de la même classe, et quelques praticiens ont même donné le précepte de ne point attendre la fin de la période aiguë pour donner le *monésia* dans les inflammations de la muqueuse intestinale.

L'action du monésia a surtout été bienfaisante dans deux circonstances : 1° à l'extérieur contre les ulcères opiniâtres ou de mauvais caractère (gangrène humide, chancre, fissure à l'anus) ; 2° à l'intérieur dans les affections de l'appareil digestif, c'est-à-dire là où il y avait contact direct du médicament sur les surfaces malades et où il était permis de croire qu'à l'action générale astringente venait se joindre la propriété détersive si bien observée à l'extérieur.

C'est surtout dans les diarrhées récentes ou anciennes, même celles des phthisiques, dans les dysenteries chroniques, les flux abdominaux, les diarrhées séreuses, colliquatives, qu'on a reconnu les bons effets du monésia ; et son efficacité, dans ces cas, a été telle que quelques médecins l'ont regardé comme doué d'une sorte de spécificité, *au moins temporaire*, contre le dévoiement, à quelque cause que celui-ci dût son existence.

Dans les dérangements d'estomac, dans les cas de langueur des fonctions digestives, le monésia a rendu de véritables services. Beaucoup de malades se trouvent mieux de l'usage de cette substance que des pastilles de menthe, des tablettes de Vichy, de la rhubarbe en poudre, etc., etc.

Le monésia est d'une administration facile ; il est déjà actif à faible dose, et 60 à 80 centigr. (12 à 16 grains) par jour suffisent en général.

On l'administre sous forme de pilules de 20 centigr. chacune ; de sirop qui contient 1 pour 100 de son poids d'extrait (soit 1 centigr. par gramme ou 6 grains par once) de teinture hydro-alcoolique, qu'on emploie à l'extérieur et à l'intérieur et qui contient 5 pour 100 de son poids d'extrait (soit 30 grains par once ou 1 gramme pour 20 grammes) ; enfin sous forme de pommade composée de 1 partie d'extrait pour 7 d'excipient (1).

Quant à l'usage externe, on peut employer l'écorce en décoction comme les bois analogues, ou mieux l'extrait dissous dans l'eau. Mais le meilleur mode est l'emploi de l'extrait pulvérisé, pur ou mêlé à quelque autre poudre (quinquina, feuilles de noyer, alun, etc.) ; ce mode d'application a plusieurs fois guéri des ulcérations qui jusque-là avaient résisté à toutes les médications.

Les réflexions qui précèdent sont confirmées par la *note* suivante, qui, nous n'en doutons pas, sera lue avec intérêt et qui nous est communiquée par le docteur Laurand.

Quelques observations sur l'efficacité du monésia contre la cholérine. — L'un des premiers nous avons fait l'essai des propriétés curatives du monésia ; nous avons noté que dans tous les cas où les astringents sont indiqués c'était un médicament précieux ; que, comme le cachou, c'était un astringent puissant et en même temps stomachique ; qu'il n'irritait pas l'estomac et ne séchait pas la bouche.

Nos expériences ont été répétées par un grand nombre de nos confrères, et tous sont convenus que les préparations de monésia pouvaient, *pour ainsi dire*, être considérées comme spécifiques des hémorrhagies passives, des diarrhées et des catarrhes chroniques, et de plusieurs maladies avec faiblesse et ramollissement d'organes ou de tissus.

Nous-même, depuis nos premiers essais, nous avons très fréquemment employé le monésia dans des circonstances en rapport avec nos expériences primitives, et le succès a constamment confirmé nos épreuves. Nous voyons donc avec regret qu'une substance d'une efficacité et cependant d'une innocuité aussi incontestables ne soit pas plus souvent recherchée en thérapeutique. Si nous en reparlons aujourd'hui, c'est qu'elle vient de nous rendre de nouveaux services contre la phlegmasie intestinale, désignée sous le nom de *cholérine*, qui sévit avec tant de rigueur à Londres, et qui est peut-être aussi fréquente, quoique moins intense, à Paris. En effet, contre ces flux de ventre, ces diarrhées séreuses, quelquefois sanguinolentes, espèces de petites dysenteries, le monésia est un excellent remède que nous ne saurions trop recommander à nos confrères (1).

Nous ajouterons que récemment encore nous avons obtenu par son usage la cessation d'une hématémèse qui avait résisté aux médications généralement employées. Enfin nous terminerons en signalant quelques cas exceptionnels à son application ordinaire : l'un de ces cas est relatif à un bouton de la nature des *noli me tangere*, fixé sur la joue ; un grand nombre de topiques avaient été sans résultat ; des cautérisations de toutes sortes n'avaient produit qu'une transformation de la petite tumeur en ulcération dont on ne pouvait obtenir la cicatrisation ; nous étions disposé à recou-

(1) Ces proportions sont celles indiquées dans la brochure intitulée : Examen chimique et médical du monésia, par MM. Bernard-Derosne, O. Henry et J.-F. Payen, publiée dans notre numéro de janvier 1841 (VIIIe année, 2e semestre, p. 3). Elles peuvent être modifiées au gré du médecin.

(1) Contre la cholérine à un faible degré, nous nous bornons à édulcorer les tisanes avec le sirop (60 grammes par litre). Quand la diarrhée persiste, nous administrons des pilules (4 à 6 par jour) contenant chacune 2 décigrammes d'extrait.

rir à la pâte arsenicale, quand il nous vint à l'idée de saupoudrer cette ulcération avec de la poudre d'extrait de monésia : succès prompt, complet, et depuis deux mois la guérison s'est maintenue. L'autre observation, non moins remarquable, se rattache à une excoriation, plutôt carcinomateuse que dartreuse, sur le bout du nez, excoriation qui durait depuis trois ans et commençait à prendre de l'extension, malgré les traitements les plus rationnels qui avaient été conseillés, tant par les sommités médicales des hôpitaux que par celles de la ville; des cautérisations avaient aussi en dernier ressort été pratiquées, et le mal se reproduisait toujours : nous avons prescrit des lotions très fréquentes avec de l'eau ordinaire contenant soixante grammes de teinture de monésia par demi-litre, et nous avons aussi obtenu une guérison complète et durable.

A. LAURAND, D. M.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. **Traité de l'art de formuler** ou notions de pharmacologie appliquée à la médecine ; par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Que nous sommes déjà loin du temps où Bordeu inscrivait en tête de son ANALYSE MÉDICINALE DU SANG ces paroles de Stahl, le plus célèbre des chimistes et des médecins de son époque : *Chemiæ usus in medicinâ ferè nullus.*

Il y a, toutefois, à faire deux parts bien tranchées dans les travaux des iatro-chimistes modernes. Les uns veulent à tout prix faire entrer la chimie dans la pathologie, et c'est à ceux-là surtout que nous croyons que s'applique encore, jusqu'à plus ample informé, l'adage de Stahl que nous venons de citer; car, encore qu'ils fussent dans le vrai en nous disant, par exemple, que le diabète sucré tient au défaut des alcalis dans le sang, ils ne nous expliqueraient par-là que l'élément chimique d'un effet; mais la cause de ce défaut des alcalis dans le sang reste encore à démontrer et à traiter.

La seconde classe de iatro-chimistes serait pour nous cette variété de thérapeutistes ou plutôt de pharmacologistes qui, laissant la pathologie et le plus souvent aussi l'expérimentation clinique en dehors du cercle de leur études, n'en prétendent pas moins établir des lois sur l'action des médicaments, particulièrement de ceux connus sous le nom de produits chimiques. Ils voient ces derniers aux prises avec les acides de la partie supérieure du tube digestif, avec les alcalis de sa partie inférieure; de là, pour eux, des opérations et des réactions purement chimiques dans l'intestin, dans le sang et jusque dans les humeurs ; mais d'opérations, de réactions vitales, point. Quoique cette manière d'argumenter ne mette évidemment pas à l'abri de l'erreur, elle renferme cependant en elle une partie de la vérité ; car si les chimistes méconnaissent l'assimilation vitale des médicaments, ce serait à tort aussi que les thérapeutistes nieraient la réalité d'une sorte d'assimilation chimique, et feraient table rase complète de cet élément de l'action des agents de la matière médicale. L'important et le difficile, c'est de faire la part exacte de l'un et de l'autre.

M. Mialhe, bien qu'il ait fait quelques études dans le sens des travaux des chimistes de notre première classe, nous paraît cependant rentrer spécialement dans ceux de la seconde, auxquels nous ne croyons pas devoir appliquer aussi rigoureusement la sentence du médecin de Halle. Car si leurs recherches ne mènent pas encore à des résultats bien complets ni bien certains, elles ne mènent pas du moins aussi souvent à de fausses déductions que celles des premiers.

Ce préambule, qui au premier abord pourrait paraître un hors-d'œuvre, nous était nécessaire pour donner aussi brièvement que possible une idée exacte du livre de notre auteur, sans être obligé d'en faire l'analyse, chose d'ailleurs impossible, puisque c'est un livre de polémique où tout est nouveau.

L'ouvrage de M. Mialhe est intitulé : *Traité de l'art de formuler, ou notions de pharmacologie appliquée à la médecine.* En bonne justice l'auteur eût dû s'en tenir à la seconde partie de ce titre et supprimer la première qui peut induire en erreur celui qui ne jugerait du livre que par la couverture. Ce livre offre un assemblage de notes ou remarques sur la manière de formuler un certain nombre d'agents médicamenteux ; mais il y a loin de là à un traité didactique de l'art de formuler, ouvrage qui est d'ailleurs encore dans les *desiderata* de la science et de la pratique.

Si l'ouvrage de M. Mialhe n'est point un traité de l'art de formuler dans le sens rigoureux du mot, l'auteur y remue tant de questions, y examine tant de faits, y indique un plan si général de réforme pharmacologique, qu'on peut le considérer comme justifiant en partie la prétention du titre, en ce sens que l'art de formuler y est exposé d'après des bases toutes nouvelles et pouvant s'appliquer à la science pharmacologique dans son ensemble. L'auteur prie, d'ailleurs, que l'on considère plutôt le fond que la forme et promet de reproduire un jour ses idées d'une manière plus convenable et plus complète.

Le Traité de l'art de formuler est divisé en deux parties à peu près égales, composées à deux époques différentes, mais d'après la

(1) Paris, librairie de Fortin, Masson et Cie, 1 vol. in-18 de 500 pages environ.

même suite d'idées. La première, paginée en chiffres romains, traite d'un très grand nombre d'agents médicamenteux. La seconde, paginée en chiffres arabes, est la reproduction de deux mémoires antérieurs de M. Mialhe sur les mercuriaux et les ferrugineux. Les deux derniers peuvent être considérés comme de petites monographies.

En tête de l'ouvrage, après une dédicace à M. Dumas, qui a appuyé de l'autorité de son nom les travaux de l'auteur sur les mercuriaux, celui-ci expose sa philosophie dans un chapitre intitulé : Considérations générales sur les phénomènes chimiques de la vie. C'est l'*essence de la vie consistant en une suite non interrompue de réactions chimiques*. Avec M. Chevreul, l'auteur rejette le principe vital et rapporte, au contraire, les phénomènes de la vie aux forces qui régissent la matière brute. M. Mialhe va plus loin. On a cru fermer la bouche aux chimistes en leur disant que l'estomac n'est pas une cornue; l'auteur les trouve sans doute bien bons de s'être crus obligés de faire au moins semblant de s'en défendre, lui qui déclare accepter la comparaison : « Oui, à mon avis, l'estomac, dit-il, peut être assimilé à une cornue. »

Cependant, à part cette profession de foi, un peu trop crue, de chimisme brut, nous devons tenir grand compte d'un point que l'ouvrage est consacré à faire ressortir d'un bout à l'autre. L'estomac est bien une cornue si l'on veut, mais non pas une cornue passive dans laquelle s'opèrent aveuglément les réactions prévues par le chimiste. C'est une cornue en quelque sorte intelligente, qui apporte aussi sa part de réactifs, ses acides ou ses alcalis, lesquels peuvent former avec les substances mises en contact avec elle des composés nouveaux, transformer en corps solubles des composés insolubles. Or, voilà un côté tout chimique de l'action des médicaments et des poisons qui n'avait pas encore été sérieusement étudié avant M. Mialhe.

On conçoit qu'une fois introduit dans la thérapeutique, ce genre de recherches, si les premières données se trouvent justifiées par l'expérimentation clinique, doit amener une réforme fondamentale dans l'art de formuler, et le recueil de notes de M. Mialhe pourra un jour s'élever aux dimensions d'un traité didactique fait sur des bases bien différentes de celles des ouvrages modernes de pharmacologie. Alors le médecin n'aurait plus seulement à s'inquiéter uniquement dans les formules si le médicament composé qu'il prescrit se conservera dans la fiole du pharmacien tel qu'il l'a conçu, ce qui est la condition de ce qu'on appelle une formule bien faite; mais il aura une autre question bien plus importante à se faire, celle de savoir si l'agent médicamenteux ne subira pas dans l'intestin, plus loin peut-être même, des modifications toutes chimiques qui annihileront ses propriétés thérapeutiques ou les exalteront, ou bien encore les transformeront en d'autres d'un genre tout différent. Éclaircissons cette proposition par quelques exemples tirés du livre de notre auteur.

M. Mialhe, dans son travail sur les mercuriaux, professe que le calomel se transforme dans l'intestin, à la faveur des chlorures que ce canal sécrète, en bichlorure de mercure, et que c'est uniquement à cette transformation qu'il doit les propriétés thérapeutiques qu'on lui reconnaît. Il cherche même à établir dans quelle proportion cette transformation a lieu. Conclura-t-on de là que l'on pourrait toujours remplacer le proto-chlorure par le bichlorure? Non pas certainement. Le sublimé, qui est très soluble, épuise en grande partie son action dans l'estomac, et M. Mialhe pense qu'on l'emploie généralement d'ailleurs à trop forte dose; le calomel, au contraire, qui est insoluble, se transforme très lentement et dans toute la longueur de l'intestin par l'effet des chlorures des humeurs; la modification thérapeutique est lente et moléculaire comme la transformation chimique, et le calomel justifie bien alors le nom de mercure doux dont les anciens l'avaient décoré. Autre question par rapport au calomel que l'étude chimique de nos humeurs paraît bien résoudre. Pourquoi les enfants supportent-ils généralement mieux ce sel que les adultes? C'est que les chlorures abondent moins dans leurs sécrétions intestinales que chez ces derniers. L'expérimentation clinique semble avoir justifié cette explication, s'il est vrai que des médecins de la marine aient été obligés de renoncer à donner le calomel chez les matelots assujétis, comme chacun le sait, à une alimentation dans laquelle domine le chlorure de sodium. De là résulterait pour le médecin l'obligation de régler, suivant les indications, la quantité de sel chez les malades qui prennent le calomel ou une autre préparation mercurielle. De là aussi, suivant M. Mialhe, la nécessité pour les doreurs sur métaux de ne prendre que le moins de sel possible dans leurs aliments, afin d'éviter les affections mercurielles.

Ce que M. Mialhe a fait pour le calomel, il l'a fait pour toutes les autres préparations de mercure; il a étudié les transformations chimiques que chacune d'elles subit dans le tube digestif, le temps qu'elles mettent à s'opérer et les indications thérapeutiques qui en résultent. Il est arrivé ainsi à des conclusions qui diffèrent notablement parfois des préceptes généralement suivis. L'expérimentation clinique aura à décider.

M. Mialhe est également arrivé, en ce qui concerne les ferrugineux, à des résultats opposés aux opinions généralement en cours dans la science et dans la pratique. En tête de son mémoire sur les préparations de fer il a mis cette épigraphe de M. Andral, qui marque bien que ces travaux des iatro-chimistes modernes sont le retour à un ordre d'idées déjà ancien. « Je ne sais si je m'abuse, dit le professeur de pathologie générale, mais il me semble qu'en méditant sur ces hypothèses des médecins-chimistes du XVIe siècle, on a beau re-

connaître le plus souvent leur futilité, l'esprit cependant s'y arrête et y revient, comme s'il avait la conscience qu'elles le placent à un point de vue d'où des vérités importantes vont lui apparaître. »

Le fer, à proprement parler, n'est point un médicament, mais un aliment, comme le fait observer M. Mialhe, puisqu'il concourt à la production de l'élément organique par excellence, le globule sanguin. Mais à quel composé chimique de fer faut-il rapporter la cause de la régénération organique qui est la conséquence de l'administration d'une préparation martiale? Est-ce au fer lui-même, ou à l'un de ses oxydes, ou à l'un de ses sels? Cette question n'aurait pas encore reçu, suivant M. Mialhe, de solution satisfaisante. Pénétré de son importance, il s'est livré à une longue suite de recherches expérimentales dans le but de la résoudre, et il annonce que les résultats auxquels il est arrivé à ce sujet ont beaucoup dépassé ses espérances. Avant d'aborder la question au point de vue critique et de rechercher quelles sont les préparations de fer les plus aptes à concourir à la création des globules sanguins, M. Mialhe rapporte l'opinion suivante de M. Liebig, qu'il paraît adopter: « La combinaison de fer contenue dans les globules sanguins se comporte comme une combinaison *oxygénée* de ce métal; car l'hydrogène sulfuré agit sur elle d'une manière décomposante comme sur les oxydes de fer et sur d'autres combinaisons ferrugineuses analogues. A la température ordinaire, les acides minéraux extraient l'oxyde de fer du sang récent ou desséché. » Ainsi ce serait à l'état d'oxyde que le fer existerait dans le sang, ce qui fait conclure plus loin à M. Mialhe, contrairement à l'opinion professée par M. Bouchardat, que les oxydes de fer qui constituent l'action physiologique des ferrugineux n'ont pas besoin d'être unis à l'acide carbonique ou à un acide organique pour devenir assimilables.

Les praticiens ne s'accordent pas sur la valeur thérapeutique des différents composés ferrugineux, et cela, dit M. Mialhe, parce qu'aucune théorie saine n'a présidé à leur choix. Il en est qui font un choix, il en est, comme Mérat et Delens, qui n'en font pas. M. Bouchardat a le premier établi une distinction motivée entre les sels à base de protoxyde et ceux à base de peroxyde. Il regarde les premiers comme les seuls qui soient assimilables; les seconds, selon lui, ne le sont point, et ne sont utiles que comme astringents.

M. Mialhe n'est point de cet avis. Pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici, il professe que les composés à base de peroxyde, comme ceux à base de protoxyde, peuvent être employés avec succès à la régénération des globules sanguins, avec cette différence, toutefois, que si l'on fait usage d'un composé de peroxyde *insoluble*, il sera nécessaire d'en prolonger plus longtemps l'administration pour avoir la même efficacité finale. Il établit aussi que les préparations de fer insolubles constituent des médicaments d'une action thérapeutique réelle, mais lente à apparaître. Ces préparations n'ayant d'activité qu'à la faveur des acides de l'estomac, il est nécessaire de ne les administrer qu'à doses réfractées pour en obtenir le maximum d'effet thérapeutique. Il n'approuve pas que l'on fasse ingérer tout d'une fois aux malades ces masses énormes de deux grammes et plus de carbonate de fer, comme le prescrivent beaucoup de médecins. Mieux vaut en administrer de petites doses souvent répétées.

Parmi les composés de fer insolubles usités en médecine, le fer simplement divisé et le carbonate de protoxyde tiennent le premier rang pour l'activité, suivant M. Mialhe; puis viennent l'éthiops martial préparé par voie humide, le safran de mars obtenu à l'aide des carbonates, le peroxyde de fer hydraté. Quant aux préparations martiales solubles, aucune, selon lui, ne peut être mise en ligne avec le tartrate de potasse et de peroxyde de fer. C'est aussi l'opinion de M. Soubeiran.

La plupart des empoisonnements minéraux trouveraient enfin leur antidote le plus sûr dans le protosulfure de fer hydraté, bien préférable au peroxyde de fer hydraté. Tandis que ce dernier borne son action bienfaisante à l'acide arsenieux, l'hydrate de sulfure ferreux étend ses effets salutaires à la plupart des composés toxiques appartenant à la classe des sels métalliques. Un seul lui résiste, c'est l'empoisonnement par le cyanure de mercure, mais seulement lorsqu'il est administré seul; car M. Mialhe vient de découvrir tout récemment qu'en ajoutant à l'hydrate de sulfure de fer environ le quart de son poids de magnésie calcinée, ce sulfure devient apte à transformer immédiatement le bicyanure de mercure en deux composés salins des plus inoffensifs, le bisulfure de mercure et le protocyanure de fer et de magnésium.

L'ouvrage de M. Mialhe s'étend à presque tous les agents chimiques de la matière médicale. Ses études l'ont souvent amené à donner des formules rationnelles, c'est-à-dire des formules en rapport avec les résultats de ses recherches et différant quelquefois de celles qui sont vulgairement employées. Du reste, nous devons ajouter qu'il a soin de distinguer les cas dans lesquels ses idées s'appuient à la fois sur des faits pratiques et sur la théorie chimique, et ceux dans lesquels elles n'ont que cette dernière à invoquer en leur faveur. C'est alors qu'il appelle les praticiens à l'expérimentation.

II. De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités; par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine (1).

L'affection qui fait le sujet du travail de

(1) A Paris, chez J.-B. Baillière.

M. Cazenave, de Bordeaux, n'est guère connue que depuis une douzaine d'années. Elle fut d'abord désignée en 1833 par Heyfelder, de Berlin, sous le nom de *crampe des doigts*. D'autres l'ont appelée *crampe des écrivains* (*Schreibe-Krampf*), ce qui ne valait pas la peine de changer. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de cette singulière maladie.

La nature de cette affection est loin d'être encore bien connue; il y a toute apparence même qu'elle est très variable. Chez quelques malades elle paraît dépendre d'une grande irritation nerveuse, résultant peut-être des progrès de l'autre; chez d'autres malades on ne sait à quoi l'attribuer; car ce n'est pas en donner un explication sérieuse que de dire qu'elle est une sorte de *chorée partielle;* c'est tout au plus en décrire la forme.

M. Cazenave a observé cinq fois cette affection par lui-même, ce qui, joint à l'observation de Heyfelder et à une autre qui lui a été communiquée par Stromeyer, fait en tout sept cas, sur lesquels il a fondé son travail. Ces faits ne sont pas les seuls qui existent dans la science, et si l'auteur de ce travail eût consulté notre collection, il en eût pu ajouter deux autres. Il y eût trouvé, outre l'observation d'Albert qu'il a d'ailleurs citée (1), une autre du professeur Langenbeck, de Goettingue (2), ainsi qu'une autre qui nous a été communiquée par M. le docteur Guéretin (3). Nous ne repoduirons pas ici les particularités de ces dernières observations; nous nous bornerons à présenter le résumé des symptômes des maladies de la main et des doigts qui font le sujet des sept observations consignées dans le travail de M. Cazenave.

Obs. 1. Impossibilité de tenir une plume et d'écrire avec le pouce de la main droite. Tous les autres mouvements de cet appendice sont faciles et normaux.

Obs. 2. Spasme des petits muscles du pouce, n'apparaissant qu'au moment d'écrire. La main exécute d'ailleurs très bien tous ses mouvements.

Obs. 3. Légères difficultés pour écrire, augmentant par la crainte de mal faire ce genre de travail. Dès que la plume est saisie par les trois premiers doigts, le pouce se porte involontairement en arrière, puis en dehors, et lâche prise. Le pouce obéit, ses mouvements sont normaux, s'harmonisent avec ceux des autres doigts, l'écriture est nette, facile, courante, dès que quelqu'un ou quelque chose distrait ou préoccupe fortement le malade. Du reste la main droite et le pouce lui-même sont aptes à toute autre chose qu'à tenir la plume et qu'à écrire.

Obs. 4. Impossibilité de se servir du pouce de la main droite pour tenir une plume et pour écrire se renouvelant quatre, cinq et jusqu'à six fois dans la même journée. Une contention d'esprit, la crainte de mal écrire, les préoccupations occasionnent à l'instant même le défaut de précision dans les mouvements nécessaires pour écrire.

Obs. 5. Tremblement convulsif, puis écartement involontaire des trois premiers doigts de la main droite, tremblement et écartement qui s'opposent à ce qu'on puisse tenir la plume. Hors de l'action d'écrire, ces doigts jouissent de la même force, de la même adresse, de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement.

Obs. 6. Le pouce de la main droite n'a pas la force nécessaire pour tenir une plume en la pressant contre l'index et le médius, mais est apte à tous ses autres mouvements. Tremblement de la main droite à peine sensible, augmentant dès que le malade s'en occupe, et disparaissant presque lorsqu'il est distrait.

Obs. 7. Tremblement continuel de tous les doigts des deux mains, mais notamment du pouce et de l'index de la main droite. Ce tremblement augmente par l'application, par quelque préoccupation, ou par quelque impression, bonne ou mauvaise.

Le traitement de cette affection n'a pas toujours été heureux. Albert avait guéri son malade en ouvrant un cautère à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, et en prescrivant au malade d'augmenter le diamètre de sa plume en la fichant dans un bouchon. La guérison se maintint deux années; mais alors le sujet de l'observation, se croyant à tout jamais guéri, supprima le cautère. Il retomba par degrés dans son premier état en moins de six mois. Albert lui proposa deux raies de feu sur l'épaule, lesquelles furent refusées. Le malade se mit à écrire de la main gauche, ce qui lui réussit d'abord; mais la maladie gagna aussi cette main, et aucun moyen ne put plus l'en débarrasser. — M. Stromeyer a obtenu un guérison momentanée à l'aide de l'acupuncture des muscles du pouce et d'un séton qui les traversait. M. Cazenave a guéri le malade de la troisième observation à l'aide d'une compression modérée exercée au niveau de l'empreinte deltoïdienne. Les malades des observations 1 et 4 n'ont pu être guéris. MM. Langenbeck et Guérétin n'ont pas été plus heureux avec leurs malades.

L'insuffisance ordinaire des moyens thérapeutiques a donné l'idée à M. Cazenave d'imaginer un petit appareil qui lui a parfaitement réussi chez les malades de ces deux dernières observations, et dont il donne la figure à la fin de son mémoire. Cet appareil consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression, et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Il maintient serrés ensemble la plume et les trois premiers doigts de telle sorte que les mouvements de flexion et d'extension ne soient plus possibles. Le sujet écrit avec la main tout entière au moyen des mouvements d'avance et de recul qui s'opèrent dans l'articulation radio-carpienne. Cinq ou six leçons et un peu d'application suffisent pour bien apprendre cette manœuvre.

(1) Journal des connaissances médico-chirurgicales, novembre 1835.

(2) Id., mai 1842.

(3) Id., mai 1843.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*; par Aug. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.; V forts volumes in-8° avec 520 figures intercalées dans le texte. Deuxième édition, augmentée et entièrement refondue. Chez J.-B. Baillière. Comme nous publierons prochainement une analyse de cet intéressant ouvrage, nous allons nous borner ici à en exposer le plan principal. On trouve au commencement de ce traité une sorte d'introduction destinée à l'exposition de quelques principes de pathologie et surtout de médecine opératoire. Ces généralités forment les prolégomènes que l'auteur divise en cinq parties : diagnostic chirurgical, médecine opératoire, pansement, opérations élémentaires et petite chirurgie. Dans le courant de l'ouvrage, on trouve quelques tableaux dressés au point de vue du diagnostic des maladies chirurgicales les plus difficiles à connaître, tableaux qui peuvent être mis à profit et par les praticiens et par les hommes de concours. Mais ce qui donne surtout de l'importance à cette publication, c'est l'intercalation dans le texte de plus de 500 figures gravées sur bois. Cette amélioration est due au talent de deux artistes du premier ordre, MM. Chazal et Bion. Nous terminons par ces lignes de l'auteur qui ne sont que justice renduc à la vérité : « Les chirurgiens trouveront leurs noms en face des idées et des faits que j'ai pu leur emprunter. Plus que jamais on doit convenir que la science n'est pas toute dans la capitale; il faut enfin trahir la modestie des confrères de province, car elle a trop longtemps servi à un monopole que certains auteurs de la capitale ne seraient pas fâchés de continuer. Il y a en effet, dans les Facultés de Strasbourg et de Montpellier, dans les départements, dans le corps de chirurgiens militaires, aux écoles navales, des hommes qui n'occupent pas toujours dans les livres la place marquée par leurs travaux. »

II. *Traité élémentaire de pathologie interne*; par MM. A. HARDY, médecin des hôpitaux civils, et J. BÉHIER, agrégé de la Faculté de Paris, médecin du bureau central, médecin du roi par quartier, chevalier de la Légion-d'Honneur.—Tome 1er : *Pathologie générale et séméiologie* (1844); — tome IIe : 1re livraison, *pathologie spéciale. Inflammations* (1846). Ouvrage adopté par le conseil royal de l'instruction publique; chez Labé. — Le premier volume de cet ouvrage est, ainsi que l'annonce son titre, un véritable traité de pathologie générale fait sur les mêmes bases que celui de M. Chomel. Ce n'est que dans le deuxième volume que les auteurs abordent la pathologie spéciale. Leur classification comporte dix classes de maladies qui sont : 1° les inflammations; 2° les gangrènes; 3° les hémorrhagies; 4° les hydropisies; 5° les névroses; 6° les maladies dites organiques; 7° les maladies causées par la présence de corps étrangers vivants ou non vivants; 8° les maladies causées par les déplacement d'organes ou de portions d'organes; 9° les maladies dites spécifiques; 10° les maladies générales fébriles ou non fébriles. Comme nous reviendrons sur cet ouvrage, nous nous bornons aujourd'hui à cette simple mention.

III. *Dictionnaire des eaux minérales du département du Puy-de-Dôme*; par M. le docteur V. NIVET, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, etc.— 1 vol. in-8° de près de 300 pages. Chez Auguste Veysset, libraire, rue de la Treille, 14, à Clermont-Ferrand; 1846.— Il serait à désirer qu'un pareil travail se fît dans chaque département. Tous, il est vrai, ne fourniraient pas matière à un aussi volumineux traité; car tous ne sont pas aussi bien dotés sous le rapport des eaux minérales que le département du Puy-de-Dôme. Mais chaque médecin se trouverait ainsi à même de connaître les ressources de cette espèce dans son département ou dans les départements circonvoisins et aurait la faculté de fournir des indications utiles à des malades qui ne peuvent entreprendre un long et coûteux pèlerinage à des sources éloignées. Nous sommes de ceux qui pensent que la nature n'a tant multiplié les eaux chargées de principes médicamenteux naturels que pour les mettre à la portée de tous les besoins, et jusqu'à un certain point au niveau de toutes les fortunes. Le livre de M. Nivet a exigé de sa part des recherches historiques, chimiques et médicales longues et minutieuses. Après avoir extrait des ouvrages publiés en France depuis 1605 jusqu'à nos jours des documents précieux, l'auteur a parcouru une partie de la basse Auvergne, demandant aux médecins, aux pharmaciens et aux naturalistes des renseignements sur les fontaines minérales inconnues des auteurs anciens, étudiant leur température, les terrains d'où elles sortent et les dépôts qu'elles abandonnent. Il a également recueilli sur les lieux, ou reçu par l'intermédiaire de personnes en qui il avait toute confiance, des échantillons d'eaux médicinales qui ont été analysées avec le plus grand soin. On sait d'ailleurs que c'est dans le Puy-de-Dôme que se trouvent les célèbres sources salines du Mont-Dor. Mais une infinité d'autres méritent d'être mieux connues qu'elles ne le sont.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE DES HOPITAUX.

Cas d'héméralopie chez un ouvrier travaillant dans une carrière de grès ; guérison ; par M. Alph. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon. — Le sujet de cette observation est un homme de 27 ans, travaillant depuis deux ans à Marcoussy, près Linas, dans une carrière de grès destiné au pavage des rues de Paris. Il est le seul des ouvriers de cette carrière qui ait été atteint de l'affection susdite. Le pays que le malade habite est bas sans être marécageux ; au printemps et à l'automne il y règne quelques fièvres intermittentes. Quant au malade, il est ouvrier, gagnant 2 fr. 25 centimes par jour ; il mène une conduite assez régulière, et se nourrit convenablement.

Depuis que cet homme travaille à Marcoussy, il lui est arrivé plusieurs fois, dans l'été surtout, de perdre à la chute du jour la faculté de voir ; mais le lendemain matin la vue était redevenue aussi bonne qu'auparavant. Le malade y a d'abord fait peu d'attention ; mais enfin, à la suite d'une journée tellement fatigante par le soleil et la chaleur qu'il avait été obligé de suspendre son travail pendant plusieurs heures, il éprouva quelques étourdissements, et le soir il fut de nouveau frappé de cécité, à tel point qu'un de ses camarades dut le reconduire chez lui. Pareille chose s'étant renouvelée tous les soirs pendant quinze jours, le malade est entré dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon.

Cet homme ne présente rien de bien remarquable dans les organes de la vision. Pendant le jour il peut lire les caractères les plus fins ; mais la portée de sa vue diminue graduellement. La vue s'affaiblit après le coucher du soleil, et quand le crépuscule arrive, le malade ne peut plus se conduire qu'à tâtons. Cependant la vue n'est pas complètement abolie.

M. Robert s'est d'abord assuré que l'héméralopie de cet homme n'était pas une forme de fièvre larvée, ainsi que l'on en a cité des exemples. Il pense que la maladie peut être attribuée, dans l'espèce, à un état d'atonie de la rétine résultant de la vive réverbération de la lumière solaire. Il rapproche cette variété d'héméralopie de l'amaurose à forme congestive ou sthénique. Le malade, en effet, a eu des étourdissements et de la céphalalgie. Actuellement encore il accuse une assez vive sensibilité à la lumière ; les pupilles ne sont point dilatées ; la gauche même est un peu contractée, et le globe oculaire de ce côté est notablement injecté. La constitution est d'ailleurs bonne.

D'après ces considérations, le traitement a consisté dans des applications de sangues à l'anus, associées au tartre stibié en lavage, aux pédiluves et au repos complet des organes. On a plusieurs fois purgé le malade avec des pilules d'Anderson, lesquelles contiennent, comme l'on sait, de l'aloès. Au bout d'une douzaine de jours cet homme est sorti guéri. (*N° du 26 mai 1846.*)

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.

Nouveau procédé pour faire distinguer les taches d'arsenic de celles d'antimoine; par M. COTTEREAU fils. — On sait que divers modes de faire ont été indiqués pour faire distinguer les taches arsenicales des taches antimoniales :

1° L'action de la chaleur, qui volatilise les taches arsenicales en donnant lieu à une odeur alliacée : les taches antimoniales résistent à cette épreuve ;

2° L'action du chlorite de soude, qui dissout les taches arsenicales et qui laisse celles d'antimoine ;

3° L'action de l'acide nitrique à froid et l'examen des réactions que présente la solution azotique arsenicale évaporée à siccité, lorsqu'on la traite soit par le nitrate d'argent, soit par l'acide sulfhydrique ;

4° L'action de l'iode, qui fait disparaître les taches arsenicales, lesquelles reparaissent par leur exposition aux émanations du gaz acide sulfhydrique, en affectant la couleur jaune du sulfure d'arsenic ;

5° L'action du sulfhydrate d'ammoniaque, qui dissout les taches antimoniales, et qui quelquefois *détache* par paillettes métalliques les taches arsenicales ;

6° Enfin, l'action du chlore, qui fait disparaître les taches d'arsenic, lesquelles reparaissent par l'acide sulfhydrique en prenant une couleur jaune de sulfure d'arsenic.

Un nouveau réactif peut aussi être employé dans les mêmes circonstances avec avantage. Il consiste à exposer les taches que l'on a obtenues sur des capsules à l'action de la vapeur de phosphore.

Pour cela, on divise le phosphore en petits fragments, que l'on place sur une capsule plate, et on renverse sur cette capsule la soucoupe sur laquelle sont les taches ; puis on laisse réagir le phosphore en abandonnant l'expérience à elle-même. L'action a lieu à la température ordinaire. Toutes les taches produites par l'arsenic disparaissent en quelques heures, tandis que celles qui sont antimoniales résistent pendant plus de quinze jours. Elles finissent cependant par disparaître en partie, et alors, en exposant la soucoupe sur une capsule dans laquelle on verse une solution d'acide sulfhydrique, les émanations de ce gaz, qui se dégagent spontanément du liquide, suffisent pour faire reparaître les taches, celles d'arsenic sous la forme de sulfure jaune d'arsenic, et celles d'antimoine à l'état de sulfure rouge d'antimoine, conservant alors la même forme que celle qu'elles avaient lorsqu'elles étaient métalliques.

En échauffant légèrement le phosphore, on hâte la disparition des taches arsenicales, mais celles d'antimoine n'en sont point attaquées plus promptement.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Le sulfate de quinine doit-il être administré aux femmes grosses saisies de fièvre intermittente? par M. le docteur EBRARD, de Bourg-en-Bresse. — Cette question, qui est d'un si haut intérêt pour les médecins habitant les pays marécageux, a malheureusement reçu deux solutions diamétralement opposées. M. Petit-Jean dit avoir très fréquemment observé des avortements occasionnés par le sulfate de quinine administré dans les fièvres intermittentes, tandis qu'un grand nombre de femmes enceintes, chez lesquelles il a livré à eux-mêmes des accès de fièvres périodiques, sont toutes arrivées à terme.

D'un autre côté, M. Rodrigues, de Montpellier, a guéri la fièvre intermittente chez quinze femmes grosses à l'aide du sulfate de quinine, et cela sans aucun accident. Deux médecins distingués, MM. Delmas et Mojon, n'ont également eu qu'à se louer, en pareil cas, de l'emploi du même médicament.

Inutile de rapporter les conclusions auxquelles des faits si divers ont dû mener. M. Ebrard apporte aussi le contingent de ses observations, et, comme il est *à priori* tout naturel de le penser, elles militent en faveur de la dernière des opinions que nous avons citées. En effet, n'est-il pas à présumer que, pendant le paroxysme d'une fièvre intermittente chez une femme grosse, la surexcitation névroso-vasculaire pourra se porter de préférence sur la matrice, qui est déjà un centre de fluxion, et de là devront résulter une hémorrhagie ou des contractions prématurées?

Sept faits rapportés par M. Ebrard confirment cette manière de voir. Il a vu des accès de fièvre intermittente amener au quatrième, au cinquième et au sixième mois de la grossesse, les tranchées et les douleurs qui sont le signe du travail. Il a vu, dans ces circonstances, le sulfate de quinine couper les accès et en même temps couper court aussi aux accidents que la saignée et le laudanum n'avaient pu conjurer. Par contre, il a vu, dans trois cas où le fébrifuge avait été trop tardivement ou trop négligemment employé, l'avortement s'effectuer malgré le prétendu défaut d'influence attribué par M. Petit-Jean à la fièvre intermittente sur la marche de la grossesse. Dans deux cas même, les malades ont succombé aux atteintes combinées que les accès et l'avortement ont portées sur l'organisme, par suite de la négligence des assistants à administrer le sulfate de quinine prescrit par le médecin.

Cette doctrine, du reste, n'est pas neuve, mais notre siècle est si oublieux du passé que l'on a considéré comme une médication nouvelle l'administration de la quinine prescrite par M. Marotte dans un cas de métrorrhagie intermittente qui amena un avortement et cessa aussitôt que le fébrifuge eut été employé. Aussi le médecin regretta-t-il beaucoup de n'y avoir pas songé plus tôt.

Mais si, malgré les assertions d'un médecin, distingué pourtant, qui prétend renfermer en vingt-cinq pages toute la médecine depuis Hippocrate jusqu'à celle de notre siècle et peut-être jusqu'à celle de ses livres, si malgré ces imprudentes paroles échappées d'une chaire trop élevée pour n'avoir pas un malheureux retentissement, si l'on se reportait seulement à la fin du dernier siècle, l'on verrait Antoine Petit dire, mais aussi sans doute d'une manière trop exclusive, que la fièvre intermittente fait toujours avorter, en causant dans le ventre des tranchées, de fausses douleurs. Lauter a décrit une épidémie de fièvres périodiques qui régna au Luxembourg et sévit principalement sur les femmes grosses. Il y avait d'ailleurs longtemps, ajoute M. Ebrard, que le quinquina avait été reconnu comme le meilleur remède à opposer à des épidémies de fausses couches que l'on observe parfois dans les pays marécageux. (*Mai* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE.

Mémoire sur l'efficacité du sulfate de cuivre contre le croup; par le docteur Adrien BÉRENGUIER, chirurgien de l'hôpital de Rabastens (Tarn). Nous ne ferons guère que mentionner cet intéressant travail; non qu'il ne méritât une analyse détaillée, mais le même sujet a été longuement traité par M. Godefroy, professeur à l'École de médecine de Rennes, dans notre numéro de juillet 1845. Toutefois il paraît, d'après une note, que le travail de M. Bérenguier est antérieur de quelques mois à celui de notre savant collaborateur de Rennes, et que ce n'est que par l'effet de circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur que l'impression s'en est trouvée si longtemps retardée.

Cette coïncidence des mêmes idées chez deux praticiens distingués, travaillant à l'insu l'un de l'autre à des distances considérables, et arrivant à des conclusions identiques, c'est là un fait qui nous paraît militer fortement en faveur d'une sorte de spécificité de la part du sulfate de cuivre contre le croup. Nous ne reviendrons pas sur le mémoire de M. Godefroy que nos lecteurs sont à même de consulter dans son entier. M. Bérenguier a pris pour épigraphe du sien cette sentence de Zimmermann : « L'excellence d'une méthode curative ne peut être prouvée que par des observations circonstanciées. » Telle devrait en effet toujours être la devise de ceux qui ont à proposer l'introduction d'une nouvelle méthode, d'un nouvel agent thérapeutique; et dans l'espèce rien n'était plus nécessaire; car, à chaque observation incomplète, on ne manquerait jamais de dire : Mais ce n'est là qu'un pseudo-croup. On ne pourra objecter pareille fin de non-recevoir aux six faits de guérison de M. Bérenguier; ce sont là de vrais croups. Disons seulement un mot sur les particularités de sa méthode.

Chez les malades dont il a rapporté l'observation, une application de six ou huit sangsues a toujours précédé les autres moyens, et le premier vomitif a été administré les piqûres de sangsues fluant encore. M. Bérenguier pense que par cette précaution les efforts de vomisse-

ment ont pour résultat d'augmenter l'effusion du sang, et de ne pas attirer une plus grande congestion vers l'isthme du gosier. Il attache une grande importance à ce point de pratique pour le succès du traitement.

Dans aucun cas M. Bérenguier n'a eu recours à la cautérisation du pharynx, soit avec le nitrate d'argent, soit avec tout autre caustique.

Dans les cas où il y a encore quelque incertitude pour le praticien s'il va se développer un véritable croup, M. Bérenguier est d'avis que l'on débute par le tartre stibié à dose vomitive, a titre de moyen perturbateur, parce que ses effets se font ressentir plus longtemps, et que son action plus ou moins révulsive s'exerce presque toujours sur toute la continuité du tube digestif; mais si la voix croupale et le bruit de scie ne laissent plus aucun doute sur la formation des fausses membranes, c'est au sulfate de cuivre qu'il faut recourir de suite. Celui-ci seul peut faire expulser ces dernières.

M. Bérenguier en donne 1 décigramme à la fois, avec recommandation expresse d'en donner une seconde dose si le vomissement se fait attendre plus de *cinq minutes*. Voici la formule qu'il a adoptée:

Pr. Sulfate de cuivre non effleuri	2 décigr.
Sucre en poudre	6 —

Faites une poudre homogène que vous diviserez en deux paquets égaux.

Chaque paquet sera dissous dans une petite tasse en porcelaine avec une cuillerée environ d'eau tiède au moment de l'administration.

L'auteur n'a pas dépassé la dose de 2 décigrammes en une seule fois. Mais il a répété l'administration du vomitif cuivreux autant de fois que les accidents se sont reproduits. Un seul enfant a vomi douze fois par le sulfate de cuivre, sans irritation consécutive de l'estomac.

La convalescence a été excessivement courte chez les malades de M. Bérenguier. Il terminait le traitement par l'usage d'une infusion de polygala. (*Mai* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Traitement local des végétations syphilitiques par le soluté aqueux d'opium et de ciguë; par le docteur J. VENOT, chirurgien à l'hôpital des vénériens.— En janvier 1839, M. Desruelles conseilla comme topique essentiellement curatif des hypertrophies vénériennes la solution concentrée et aqueuse d'opium. M. Venot constata, soit à l'hôpital des vénériens, soit dans sa pratique civile, de nombreux cas de succès obtenus par cette méthode. Il lui fut même possible de constater en six mois cent dix-huit observations probantes. Malheureusement ce moyen n'était pas toujours sans inconvénients : dans les cas de volumineuses excroissances l'opium sévissait plus ou moins au delà des limites qui lui étaient tracées, d'où résultaient de fâcheuses sphacélisations. Pour éviter ces accidents, M. Venot tenta différentes combinaisons. Parmi ces dernières, toutes choisies presque au hasard et par des inductions empiriques, l'extrait de ciguë lui sembla mériter la préférence comme agent préconisé dans les transformations et les dégénescences cancéreuses, avec lesquelles certaines hypertrophies vénériennes ont plus de rapport qu'on ne le pense généralement. Il s'arrêta à la solution suivante :

Eau distillée	500	grammes.
Extrait aqueux d'opium	60	—
— — de ciguë	25	—

Les cas nouveaux traités avec cette solution ne présentèrent plus les fâcheux accidents signalés plus haut. M. Venot pense qu'il résulte de la double action narcotique des deux médicaments quelque caractère mixte qui atténue l'effet trop vivement toxique de chacun d'eux pris isolément. Mais si ce liquide stupéfiant est d'une innocuité complète pour les tissus sains environnant le mal, il détruit rapidement les végétations syphilitiques, plus rapidement même que la solution d'opium seul ne le faisait, sans doute à cause de la quantité trop faible que l'on en employait pour éviter la mortification des parties qu'il était essentiel de ménager. (*Mai* 1846.)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

L'accouchement prématuré peut-il être provoqué dans les convulsions puerpérales survenant entre le septième et le neuvième mois de la grossesse?—Oui. Proposition développée par M. le docteur Ph. Van MEERBEECK, membre effectif de la Société de médecine d'Anvers. — *Observation d'éclampsie terminée par l'accouchement prématuré;* communiquée par M. Van HAESENDONCK, chirurgien-accoucheur à Steenbergen. — Les auteurs qui se sont occupés de l'accouchement prématuré artificiel n'ont, en général, considéré l'opportunité de cette opération que dans les cas d'étroitesse du bassin, et ce n'est qu'en passant que quelques-uns d'entre eux ont touché à la question de savoir si cette découverte tocologique était applicable à d'autres circonstances.

Cependant cette question, en ce qui concerne les convulsions, sans être traitée *ex professo* ni appuyée sur des faits, a été, *à priori*, résolue affirmativement, en France et en Belgique, par des hommes recommandables, tels que MM. Horne, Lauverjat, Velpeau, Simonart, Marinus, et plus explicitement enfin par M. Cazeaux.

M. Lutens souleva cette question dans le sein de la Société de médecine d'Anvers en rapportant qu'il avait lu quelque part l'observation d'une éclampsie survenue pendant le huitième mois de la grossesse et qui s'était heureusement terminée par un accouchement prématuré. L'opinion favorable de M. Lutens sur l'opportunité de cette opération dans les convulsions purpérales fut appuyée par M. Matthyssens.

Mais plus tard M. Leva combattit cette opinion dans un *Mémoire sur l'éclampsie* qu'il présenta à la même Société. Il traita de tentative criminelle l'accouchement provoqué, lequel a, selon lui, pour effet de sacrifier le fœtus dans le but de sauver la mère.

M. Van Meerbeeck se propose dans ce travail de réfuter M. Leva. Il lui reproche d'abord de confondre l'accouchement provoqué avec l'accouchement prématuré, et surtout de dire que l'on veut sacrifier le fœtus pour sauver la mère, tandis que l'on veut sauver à la fois la mère et le fœtus.

On sait que dans les convulsions purpérales le fœtus meurt le plus souvent avant la mère, et que si, après l'emploi inutile de tous les moyens préconisés par l'art, l'accouchement spontané ne survient pas, la mort est certaine pour la mère et pour le fœtus. Or, c'est précisément la provocation de cette crise qu'ont en vue ceux qui préconisent l'accouchement prématuré. La nature elle-même les y convie par les efforts qu'elle fait pour délivrer la mère. Il est bien évident que si la nature se suffit seule à mener à bonne fin l'accouchement, le médecin doit rester dans l'expectation, parce que l'expérience a prouvé que les convulsions cessent une fois le fœtus expulsé. Mais c'est une question de vie et de mort pour les deux êtres; il faut l'accouchement à tout prix; et si la nature y échoue, si les convulsions persistent malgré les moyens thérapeutiques usités en pareil cas, l'humanité exige que l'homme de l'art recoure à l'accouchement prématuré artificiel pour soustraire deux êtres voués à une mort presque certaine. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'enfant est viable à sept mois, et, dans l'espèce, les dangers sont moins grands pour lui hors du sein de sa mère que dans le sein d'une mère mourante.

La religion même, dit M. Meerbeeck, fait indirectement un devoir au médecin de recourir à l'accouchement prématuré. S'il attend la mort de la mère pour pratiquer l'opération césarienne, il ne trouvera le plus souvent alors qu'un fœtus inanimé.

Mais lorsqu'on a recours à l'accouchement prématuré la mère vit encore, ce qui est une forte présomption pour la vie de l'enfant, et l'on a l'espoir fondé d'amener un enfant vivant et propre à recevoir le baptême. Il y a plus : lorsqu'on institue l'accouchement prématuré, on commence par dilater le col de la matrice; après dilatation il devient possible d'introduire une sonde et de baptiser l'enfant au moyen de l'eau poussée dans ce conducteur, comme vient de le démontrer M. Thirion dans son *Mémoire sur le baptême intra-utérin*. Il y a donc là de grandes chances de sauver au moins sa vie spirituelle.

— Dans l'observation d'éclampsie que nous avons citée en tête de cet article, la mère fut évidemment arrachée à une mort certaine par l'accouchement prématuré artificiel. Mais on n'amena qu'un fœtus mort et non entièrement développé. La grossesse était à son huitième mois.

— Une commission a été nommée par la Société de médecine d'Anvers pour faire un rapport sur le mémoire de M. Van Meerbeeck. Cette commission a déclaré partager entièrement l'avis de l'auteur, applaudir à ses efforts.

La discussion est actuellement ouverte devant la Société sur ce mémoire et sur le rapport. Cette question est à l'ordre du jour devant plusieurs sociétés savantes de Belgique; nous aurons l'occasion d'y revenir. (*Mai* 1846.)

Douleurs rhumatismales chroniques, siégeant dans la partie moyenne des vertèbres dorsales, enlevées au bout de quelques jours au moyen de la vératrine, par M. le docteur Berchem, membre effectif de la Société de médecine d'Anvers. — Obs. Une femme de 60 ans environ, ayant beaucoup d'embonpoint, avait toujours été bien portante, lorsqu'en 1844 il lui survint de temps à autre des attaques hystériques, qui lui faisaient perdre connaissance pendant quelques minutes et l'empêchaient de marcher. Ces attaques furent suivies de douleurs intenses dans la partie moyenne des vertèbres dorsales. Un confrère de l'auteur crut voir dans ce dernier phénomène l'expression d'une myélite, et dans l'espace de vingt et un mois il pratiqua 18 saignées tant aux bras qu'aux pieds et appliqua 150 sangsues sur l'endroit douloureux. Dix à douze purgatifs et parfois des antispasmodiques furent également prescrits. Un vésicatoire appliqué sur le point douloureux du rachis augmenta tellement l'intensité des douleurs qu'on fut obligé de le transporter au bras.

La malade, voyant ses accès hystériques et les douleurs du dos augmenter de fréquence et d'intensité, consulta M. Berchem le 4 juillet 1845. Elle était dans le dernier degré de l'état anémique; elle avait des défaillances inquiétantes. Elle demandait surtout à être débarrassée de ses douleurs dorsales, lesquelles étaient tellement atroces qu'elle ne pouvait dormir une heure de suite depuis vingt et un mois. M. Berchem, jugeant qu'il avait affaire à une de ces douleurs nerveuses qui ont leur siége dans les enveloppes de la moelle épinière, prescrivit : vératrine, grain 1/16; extrait de jusquiame, grain j; et extrait de quinquina Q. S. pour faire une pilule; à en prendre deux par jour. Il fit, en outre, frictionner jusqu'à rubéfaction, et deux fois par jour, l'endroit douloureux avec la pommade suivante : vératrine, grains ij, à dissoudre avec Q. S. d'alcool pour faire, avec 40 grains d'axonge une pommade.

Le 7 juillet, le mieux était déjà sensible, et la malade avait pu jouir de quatre heures de sommeil. Ce même traitement, aidé parfois d'une cuillerée d'électuaire de tamarin pour favoriser les évacuations alvines, fut continué jusqu'au 12 juillet, et le mieux se trouva alors si prononcé que l'on s'en tint à l'usage externe de la vératrine. M. Berchem pensa alors à combattre l'état anémique produit par

les débilitants si longtemps employés. La teinture muriatique de fer ayant été mal tolérée, il la remplaça par des poudres composées de sulfate de quinine, grains iij; sulfate de fer, grains ij, et extrait gommeux d'opium, grain 1/3; à en prendre trois fois par jour. Un mois environ de ce traitement rétablit complètement la malade. (*Ibid.*)

Revue des journaux allemands.

CASPER'S WOCHENSCHRIFT.

Sur une espèce particulière de tumeur des muscles; par le docteur SALOMON. — Les caractères de cette maladie singulière et encore peu connue sont les suivants : quand un muscle commence à en être affecté, il se manifeste en un point quelconque de son étendue l'existence d'une petite tumeur, du volume d'un pois, dure, mobile, et n'adhérant que par des filaments à la chair musculaire. Elle ne cause d'abord aucune incommodité et peut rester longtemps à l'état stationnaire; mais elle peut aussi atteindre petit à petit le volume d'un œuf de colombe ou de poule, acquérir de la mollesse et de l'élasticité, tout en restant mobile. Arrivée à ce point, la tumeur grossit rapidement, contracte des adhérences intimes avec le muscle dans lequel elle se creuse une vaste cavité; elle devient alors immobile, dure, bosselée; elle peut encore persister longtemps dans cet état sans occasionner de douleur. Plus tard, la peau qui recouvre la tumeur se colore en rouge et ensuite en brun. Le malade commence à éprouver des spasmes locaux et des douleurs cuisantes, mais l'état général reste satisfaisant. Ces progrès de la maladie ne s'opèrent qu'en plusieurs années; quand celle-ci est très avancée, la tumeur se ramollit dans l'intervalle des bosselures. Il se développe de la fluctuation dans les points ramollis; ils s'ouvrent et donnent issue à de la matière dure, quelquefois à une sanie fétide, mêlée de grumeaux de sang. Cette suppuration s'accompagne d'une fièvre qui bientôt ne cesse plus et peut à la longue entraîner le malade au tombeau.

La maladie que nous venons de décrire attaque le plus souvent le muscle sterno-mastoïdien. La tumeur se montre d'ordinaire immédiatement au-dessous de la mâchoire inférieure, ou bien un peu au-dessus de la clavicule, ou bien enfin au-dessous des apophyses mastoïdes. Dans ses progrès elle envahit tous les muscles voisins, rarement cependant ceux de la nuque; elle se prolonge quelquefois jusque sous la langue et même jusqu'à la clavicule. Quand elle est volumineuse, elle amène, par la compression qu'elle exerce sur divers organes, soit de la difficulté dans les mouvements de l'un des bras, soit de la surdité, soit de la cécité amaurotique dans l'œil du même côté, etc. Cette maladie paraît au docteur Salomon être sous la dépendance d'une cachexie syphilitique ou dartreuse; il croit son développement singulièrement favorisé par le libertinage ou par l'emploi inopportun et trop longtemps prolongé des mercuriaux. Elle n'attaque guère les individus au-dessus de trente ans. Les résolutifs n'ont aucune prise sur les tumeurs. Mais, d'après l'auteur, on peut arrêter la maladie dans son cours en enlevant la tumeur lorsque l'état des parties le permet (1).

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FUR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDICIN.

Des rapports qui existent entre les anomalies des fonctions digestives et l'aliénation mentale; par le docteur FLEMMING. — Les dérangements des fonctions digestives tiennent le premier rang parmi les affections qui compliquent l'aliénation mentale ou qui en sont le plus souvent la cause prédisposante. Combien de fois, en effet, un purgatif donné à propos a fait avorter un accès qui était imminent! combien d'aliénés succombent à une entérite chronique qui affecte souvent un caractère épidémique! Et, d'un autre côté, que de variétés n'observe-t-on pas dans les combinaisons si diverses des anomalies de la digestion, non-seulement d'un malade à un autre, mais encore dans le cours de la même maladie! Le besoin qui sollicite, exagéré jusqu'à la voracité ou éteint jusqu'à l'anorexie, présente des nuances nombreuses indépendantes des idées délirantes ou liées intimement avec elles. Combien sont variables les caractères de la langue! L'odeur fétide de l'haleine nous frappe souvent sans qu'il y ait aucun signe manifeste d'embarras gastrique. On rencontre peu d'aliénés dont les fonctions digestives soient intactes.

Quoique les symptômes soient très rarement en rapport avec la nature réelle du mal, on en peut, toutefois, constater quelques-uns qui se rattachent plus ordinairement, soit à telle forme, soit à telle période de la maladie. C'est surtout dans la période d'incubation que se manifestent les anomalies du besoin, qui, chez les hommes comme chez les femmes, se transforme souvent en un penchant irésistible vers la boisson; on observe aussi cette anomalie quand il y a surexcitation. La constipation est également fréquente dans la période d'incubation. Quand la maladie est déclarée, on observe quelquefois une soif très vive, le plus souvent au contraire une certaine répulsion dour les boissons, jointe à un embarras gastrique plus ou moins prononcé. Ce phénomène s'observe particulièrement dans la manie et dans la lypémanie. Les craintes d'empoisonnement, si fréquentes chez les lypémaniaques, se rattachent bien souvent à l'altération de fonction que nous venons d'indiquer. Dans tous les cas on observe de l'irrégularité dans les selles, et l'on ne peut espérer de guérison

(1) M. le professeur Bouisson, de Montpellier, vient de publier, sur les tumeurs syphilitiques des muscles, un travail dont nous rendrons prochainement compte.

tant que dure cette irrégularité. La constipation est la cause de congestions graves vers la tête. Mais ce qui est encore plus préjudiciable à la santé des malades, c'est la constipation volontaire, assez fréquente chez les lypémaniaques, et dépendant d'idées délirantes très opiniâtres; elle résiste même aux purgatifs. Il faut, d'ailleurs, user d'une grande prudence dans l'emploi de ces derniers.

On doit, d'après M. Flemming, considérer les anomalies de la digestion, soit comme causes, soit comme symptômes de la maladie, soit comme symptômes de la cause. La conséquence pratique de ces considérations, c'est que le médecin aliéniste ne peut donner une trop grande attention aux anomalies fonctionnelles des organes abdominaux, que le diagnostic en est souvent fort obscur, et qu'il en est des drastiques comme de la saignée : on ne doit les employer qu'avec prudence et discernement. (1845, 1er et 2e cahiers.—*Annales médico-psychologiques*, juillet 1846.)

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL ZEITUNG.

Du nitrate d'argent dans quelques maladies; par le docteur EYRE. — Le nitrate d'argent, à la dose d'un demi-grain par jour, est le meilleur moyen que nous possédions pour combattre le pyrosis, chez les femmes du moins. Cet agent n'a pas encore fait défaut à l'auteur. C'est ainsi qu'il a guéri sept femmes dans l'espace de six semaines. S'il survient des rechutes, il en continue l'emploi pendant un mois. Quand il existe de la constipation, il faut la combattre avant d'en venir à l'emploi du nitrate d'argent.

M. Eyre croit ce sel appelé à rendre de grands services dans les gastralgies. Il n'est pas le premier de cette opinion.

Il l'a employé contre l'hémoptysie, l'hématémèse et la ménorrhagie. Le nitrate d'argent a réussi particulièrement dans cette dernière espèce d'hémorrhagie. Il a obtenu la guérison de pertes anciennes en moins de huit jours de temps.

Revue des journaux italiens.

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Du tannate de fer dans le traitement de la chlorose; par le docteur Giovanni BENEDETTI, médecin principal à Bagnarea. — La préparation ferrugineuse citée en tête de cet article paraît à l'auteur la mieux appropriée au traitement de la chlorose. Toutefois, avant d'aller plus loin, nous regrettons d'être obligés de dépouiller l'auteur italien de l'honneur de la priorité d'invention, quoique nous ne lui disputions pas celui de la découverte en second. M. Benedetti avertit en note son lecteur qu'il n'est pas arrivé à sa connaissance que le tannate de fer ait jamais été employé en médecine. La chose peut être vraie pour l'Italie. Mais en France les formulaires, et notamment celui de M. Bouchardat (édition de 1843), donnent la formule d'un *sirop de tannate de fer*, formule due à MM. Trousseau et Pidoux; nous nommons ces deux messieurs à la fois, bien qu'il y ait toute apparence qu'à un des deux seulement en appartient la paternité. Cette formule est en effet donnée pour la première fois dans le Traité de thérapeutique qui leur est commun, et ils ont soin de dire qu'ils ont été les premiers à faire préparer ledit sirop. Voici d'ailleurs ce qu'ils disent du tannate de fer dans la deuxième édition de leur ouvrage (1841) :

« Tannate de peroxyde de fer. — S'obtient par l'addition d'un décocté de noix de galle à une solution d'un sel de fer peroxydé. Ce tannate est bleu, insoluble, sans saveur. Ses propriétés sont peu prononcées.

Sirop de tannate de fer.

Pr. Sirop simple	375 gram.
Sirop de vinaigre framboisé	125 id.
Citrate d'oxyde de fer magnétique	10 id.
Extrait aqueux de noix de galle	4 id.

Préparer selon l'art.

. . . . Comme le fer, dans cette préparation, est à l'état de tannate ferroso-ferrique et associé à un acide, il est soluble, sapide et susceptible de recevoir d'utiles applications. »

Dans la formule qui précède, le tannate de fer n'est point introduit en substance. Il s'y produit par la réaction de l'extrait de noix de galle sur le citrate d'oxyde de fer magnétique.

C'est M. Béral qui a proposé en France l'emploi médical du tannate de peroxyde de fer. Avant de nous prononcer sur la valeur de ce nouveau sel, revenons à l'auteur italien.

M. Benedetti a remarqué, depuis qu'il exerce la médecine, que le fer triomphe plus aisément (*con minori difficoltà*) de la chlorose et de l'anémie lorsqu'il est mélangé avec des extraits ou des décoctions de substances amères. Trois années durant il a administré la teinture de malate de fer dans une décoction saturée de quassia amara ou d'écorce de quinquina, et il en a obtenu des effets plus prompts et plus merveilleux que d'aucune autre préparation de fer isolée. Mais, observe-t-il ensuite, cette mixture a une saveur atramentaire des plus rebutantes. Considérant alors que la partie active de cette mixture n'est autre que du tannate de fer, lequel se précipite au fond du vase, il s'adressa au pharmacien Vincent Gaddi, qui, par un procédé de son invention, parvint à préparer un tannate de fer bien défini et sans saveur. C'est ce sel que M. Benedetti assure avoir administré avec les plus heureux résultats suspendu dans un sirop, ou mieux encore sous forme pilulaire. Le chirurgien Vincent Gaddi prépare deux tannates de fer, l'un très pur pour la satisfaction des chimistes, l'autre impur qui suffit aux besoins médicaux, pour lesquels il ne s'agit que de trouver une forme d'administration commode. Le premier a une couleur marron, le second est bleu-noir; ce dernier paraît se rapprocher

davantage de celui de M. Béral. Toutefois, au lieu de la solution d'un sel de fer peroxydé additionnée au décocté de noix de galle, le chimiste italien se sert du carbonate de fer du commerce. Nous n'allongerons point cet article de la description des procédés du pharmacien italien, qui sont simplement indiqués en note, celui de M. Béral, décrit dans les ouvrages de pharmacie, pouvant suffire.

M. Benedetti donne les détails de six cas où il s'est félicité de l'emploi du tannate de fer. Si nous ne les rapportons pas ici, c'est uniquement faute d'espace; car ces faits nous paraissent concluants, et il s'agit bien là de cachexies chlorotiques plus ou moins avancées. On peut objecter à cela que tous les jours on guérit de ces affections-là avec les préparations de fer ordinaires. Mais quelques-uns des cas rapportés par l'auteur avaient résisté à divers ferrugineux, entre autres au carbonate de fer. Aux faits qui lui sont propres l'auteur ajoute six autres cas qui lui ont été communiqués par son confrère le docteur Majocchi dans une lettre datée di Rocc' Alvecce.

M. Benedetti prescrit le tannate de fer à la dose de dix grains à un demi-gros (1/2 gramme à 2 grammes), en sirop ou en pilules; dans ce dernier cas il l'associe surtout à l'extrait d'absinthe. La durée du traitement varie de 12 à 25 jours.

Si l'auteur ne se fait pas illusion, au moins sur la stabilité de la cure, un tel résultat est en effet merveilleux. Les essais n'ont pas été aussi heureux en France, et, comme on l'a vu plus haut, si le tannate de fer est sans saveur, il est aussi considéré comme à peu près dénué de propriétés médicales. M. Bouchardat, dans la deuxième édition (1846) de son *Manuel de matière médicale*, ne juge même pas à propos de le citer, ce qui tient sans doute au peu de confiance qu'il a pour les sels de fer à base de peroxyde. M. Mialhe (*Traité de l'art de formuler*, 1845) (1), qui ne partage pas toutes les préventions de son confrère contre ces derniers, ne regarde pourtant pas comme une heureuse idée l'association du tannin avec les sels ferrugineux. La raison qu'il en donne est que, d'après ses recherches, une solution de tannin, très astringente au goût, versée dans une dissolution ferrugineuse, également très astringente, donne naissance à un composé beaucoup moins astringent que l'un ou l'autre des deux composants.

D'après les remarques du même auteur, il n'est pas nécessaire pour soumettre l'économie à l'action du tannate de fer de prescrire ce sel lui-même, ni même d'avoir recours au sirop de tannate de fer dont la formule est indiquée plus haut. Le fer contenu dans les divers chocolats ferrugineux est en grande partie transformé en tannate, en encre soluble. La même chose doit avoir lieu lorsqu'une préparation quelconque de fer rencontre dans l'économie des solides ou des liquides contenant du tannin. C'est même autant à cette circonstance qu'à la production du sulfure de fer que l'on attribue la teinte noire plus ou moins foncée des fèces chez les individus qui prennent des ferrugineux.

Nous avons cru devoir mettre en regard les résultats du médecin italien et les données contradictoires de la chimie. C'est aux praticiens qu'il appartient de juger la question, par voie d'expérimentation.

(*N° du 6 avril* 1846.)

Revue des journaux américains et anglais.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Du phosphate d'ammoniaque comme nouveau remède contre la goutte et le rhumatisme; ses propriétés dissolvantes, et ses avantages dans les maladies aiguës ou chroniques dépendant de la diathèse lithique acide; par T.-H. Buckler, M. D., de Baltimore.—Voici d'après quelle théorie l'auteur s'est trouvé inspiré à enrichir la thérapeutique d'un nouvel agent chimique.

Dans la convalescence d'une attaque de goutte aiguë ou de rhumatisme, on trouve dans l'urine un excès d'acide urique ou lithique, en même temps qu'il se forme dans les tissus blancs des dépôts de soude et de chaux. Il parut alors vraisemblable à M. Buckler que pendant l'existence de ces maladies l'acide lithique se trouvait dans le sang en état de combinaison insoluble avec la soude et la chaux, c'est-à-dire à l'état d'urate de soude et de chaux, que les reins et la peau se refusent également à éliminer. Il pensa que le *phosphate d'ammoniaque*, à dose suffisante, donnerait lieu à la formation de deux sels solubles, le phosphate de soude et le lithate d'ammoniaque, dont l'économie serait alors aisément débarrassée à l'aide de la peau et des reins.

Cette théorie, à supposer que les choses se passent exactement comme elle le prétend, ne paraît guère se soucier de la chaux, ce qui pourtant en valait bien la peine. Quoi qu'il en soit de l'explication, l'auteur américain assure avoir obtenu des succès merveilleux du phosphate d'ammoniaque, succès qu'il expose au lecteur dans treize observations dont trois sont dues, d'après sa remarque, au dr Power, un rigide, concis et accompli disciple de l'école de MM. Louis et Chomel (*a rigid, concise and accomplished observer of the school of Louis and Chomel*). Qui pourrait refuser de se rendre à l'évidence de faits publiés sous le patronage de pareils noms? Voici le résumé de quelques-unes d'entre elles:

Obs. I. Il s'agit d'un homme de 60 ans, viveur de profession, qui fut soudainement atteint de douleurs spasmodiques violentes de l'estomac. Eau-de-vie, laudanum, éther sulfurique aromatisé, le tout

(1) Voyez plus haut l'analyse que nous donnons, p. 111.

à hautes doses fréquemment répétées; la douleur cède; mais elle se reproduit un pouce plus bas et affecte la forme tormineuse. Sinapisme, magnésie calcinée; mercure en masse 12 grains; jusquiame 10 grains en une seule dose. Le lendemain, douleur et rougeur à la face palmaire du gros orteil. Renouvellement des douleurs intestinales avec météorisme excessif, éructations. Potion composée de musc, d'éther et d'eau de menthe, une cuillerée toutes les quatre ou six heures— mixture goutteuse de Halford. Le malade fait usage de ces remèdes pendant deux semaines, sans amélioration. Besoins fréquents d'aller à la selle, mais impossibilité d'y aller autrement que par lavements. La goutte se promène d'un gros orteil à l'autre. On cesse le musc; mais le météorisme, le hoquet, les nausées, forcent d'y revenir. Le malade est extrêmement affaibli et démoralisé; il dit que ses quatre frères sont morts de cette manière et à la même époque de leur vie. Alors M. Buckler lui prescrit une demi-once de phosphate de magnésie dans 6 onces d'eau distillée; une cuillerée à bouche toutes les quatre heures. Le musc est en même temps continué. Au bout de trente-six heures les douleurs des pieds sont éteintes et celles de l'abdomen diminuées. Il peut cesser le musc. Huit jours après le malade se levait, montait à cheval et ne se plaignait plus que d'une sensation de rongement à l'estomac. Quelques semaines après il rendit, en effet, par les selles une fausse membrane parfaitement organisée, de sept pouces de longueur, cylindrique et offrant l'aspect d'un fragment d'intestin dépouillé de la tunique séreuse. Le malade a été fort bien pendant dix mois; puis, il y a dix jours, il a été pris d'un retour de goutte au genou qui est devenu rouge, gonflé et douloureux. Le phosphate d'ammoniaque, à la dose de six gros, en a fait prompte justice, le malade pouvant sortir au bout de quatre jours.

L'observation suivante laisse à désirer sous le rapport des détails; elle offre néanmoins de l'intérêt dans son ensemble.

Obs. II (3 de l'auteur). — Mme F., âgée de 31 ans, eut pendant l'hiver de 1843 un rhumatisme articulaire aigu qui la retint au lit pendant cinq semaines. Le 6 octobre de l'automne suivant, elle eut un violent accès d'asthme; face et mains de couleur pourprée; respiration très laborieuse; pouls à peine perceptible; toux suffocante. (Saignée de 20 onces. — Potion : gomme ammoniaque 2 gros, liqueur anodine d'Hoffmann 1/2 once; asa-fœtida 15 grains, eau 6 onces.) Une cuillerée à bouche de cette potion toutes les trois heures eut bientôt enlevé la dyspnée. Mais le lendemain la malade est bouffie, offre de la tendance à l'anasarque; elle a depuis six mois une toux sèche; le cœur est légèrement hypertrophié, avec souffle au premier temps; râle sous-crépitant humide à la base du poumon droit; dépôt sédimenteux des urines. On prescrit 5 grains d'iodure de potassium après chaque repas; on le continue longtemps sans amélioration; alors on lui substitue pendant plusieurs mois l'iodure de fer, qui améliore l'état général, mais reste sans influence sur les symptômes locaux. Fréquents accès d'asthme dans les temps humides; soulagement constant par la gomme ammoniaque.

Enfin l'auteur lui prescrivit le phosphate d'ammoniaque à la dose de dix grains, trois fois par jour, avec un avantage bien marqué. L'acide lithique, dont on avait toujours remarqué la présence dans les urines, disparut sous l'influence du sel ammoniacal; le bruit de souffle au cœur diminua notablement; la santé s'améliora; la dyspnée ne revint plus.

Obs. III (4 de l'auteur). Il s'agit ici d'un rhumatisme articulaire sub-aigu du genou et du coude-pied chez une négresse de 29 ans, bien réglée. Dépôt sédimenteux des urines. Le phosphate d'ammoniaque ramène les articulations gonflées à leur état normal; l'urine redevient limpide.

Obs. IV. Ophthalmie rhumatismale (zone d'une demi-ligne d'étendue autour de la cornée) chez un médecin. Divers symptômes de sclérotite. Le malade se purge avec du calomel et de la rhubarbe, ce qui n'empêche pas le mal de s'étendre. M. Buckler lui prescrit dix grains de phosphate d'ammoniaque tous les trois heures. Le lendemain la guérison est complète, et le médecin sort voir ses malades.

Nous omettons les observations suivantes relatives à des malades atteints soit de goutte, soit de rhumatisme articulaire aigu, ce dernier avec l'accompagnement ordinaire de symptômes du côté du cœur. Nous ne saurions assurer que l'amélioration obtenue sous l'influence du sel ammoniacal dans l'observation VIII n'a pas été l'effet de la marche ordinaire du rhumatisme. Mais il paraît certain que l'action du phosphate d'ammoniaque sur les urines est des plus évidentes. Ce malade, après la guérison de l'état aigu, a été soumis, par précaution, à l'usage de ce sel, sans doute à cause d'un reliquat inquiétant du côté du cœur. Lorsque le malade, se croyant tout-à-fait bien, cesse l'usage du phosphate, les urines recommencent à offrir un dépôt rouge sablonneux, lequel disparaît dès qu'il reprend le sel ammoniacal.

Obs. V (9 de l'auteur). Homme de 44 ans, depuis longtemps en proie à divers maux que l'on peut rapporter à la diathèse rhumatismale : gonflements rhumatismaux à diverses articulations; une des articulations d'un doigt du milieu ankylosée; sclérotite aux deux yeux; traces d'ancienne iritis à l'œil gauche qui est aussi le plus malade. Après l'emploi, inutilement prolongé pendant quatre mois, des purgatifs, du colchique, de l'opium, etc., M. Power, médecin de l'Alms-House de Baltimore, prescrit le phosphate d'ammoniaque à la dose de 12 grains, trois fois par jour, sans discontinuer néanmoins les sels purgatifs et le colchique. En trois jours les yeux sont presque éclaircis; plus de

douleurs, à peine un peu d'injection. Les gonflements articulaires ne commencent à diminuer qu'au bout de quinze jours. Un mois après, ils ont disparu, excepté au genou et au coude-pied droits; le malade peut néanmoins marcher. Plus tard, le malade, s'étant exposé au froid, a vu revenir l'ophthalmie; les mêmes moyens en ont procuré la disparition en trois jours, sauf à l'œil gauche, dont la sclérotique est encore un peu injectée.

Obs. VI (10 de l'auteur). Homme de 40 ans, atteint depuis sept ans de rhumatismes qui l'ont réduit à se servir de béquilles. Depuis deux mois qu'il prend 15 grains de phosphate d'ammoniaque trois fois par jour, il dit qu'il a plus gagné que dans ces cinq dernières années. Le gonflement a, en effet, diminué dans toutes les articulations malades, particulièrement aux doigts dont il commence à pouvoir se servir.

Le docteur Power assure avoir toujours vu le phosphate d'ammoniaque soulager les malades affectés de rhumatisme chronique.

(*Janvier* 1846.)

THE LANCET.

Traitement de la gonorrhée; par M. Mac-Donald. — L'auteur a obtenu beaucoup de succès du moyen suivant qu'il tient d'un de ses confrères. Il consiste à introduire dans l'urèthre, à 3 pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade ainsi formulée :

Axonge	30 grammes.
Nitrate d'argent. .	4 —

On la laisse une ou deux minutes en place. Une seule application peut suffire, si la maladie en est à sa première période; mais généralement il en faut deux ou trois pour compléter la cure. Ce mode de traitement trouve son application à toutes les époques de la maladie.

Revue pharmaceutique et formules.

Des pilules de caoutchouc dans la phthisie; par le docteur Haller, de Presbourg; *préparation de ces pilules*; par M. F. Boudet. — Quelques journaux ont ri, non sans quelque apparence de motif, des deux faits suivants, rapportés par la *Gazette des hôpitaux*, lesquels ont motivé l'introduction dans la thérapeutique interne d'un moyen dont l'emploi avait été jusqu'ici borné à la thérapeutique externe, à titre d'agent purement mécanique. Voici ces faits :

Un jeune garçon de 12 ans, émacié par une longue maladie, était tombé dans un état de fièvre hectique avec colliquation, toux et expectoration tellement suspecte qu'on le considérait comme perdu. Par hasard il avala un morceau de caoutchouc pesant 8 grammes. A la suite de cette ingestion, il devint malade pendant trois jours; mais au bout de ce temps l'appétit revint, les accidents cessèrent, les forces se rétablirent, et au bout de six semaines il était parfaitement guéri.

Une femme de 38 ans, qui était également atteinte de phthisie à un degré très avancé, ayant été frappée de cette guérison, avala plusieurs morceaux de caoutchouc et fut également guérie.

M. Haller, ayant constaté ces deux cas de guérison, reconnut d'abord, par des expériences faites sur lui-même, l'innocuité du caoutchouc; puis il en fit prendre à treize phthisiques : cinq d'entre eux éprouvèrent bientôt les plus heureux effets de ce traitement; chez les autres la fièvre hectique disparut, mais la phthisie resta stationnaire.

M. Haller administre d'abord 10 centigrammes de caoutchouc, et en porte graduellement la dose à 15, 20 et même 30 centigrammes sous forme pilulaire.

Un certain nombre de médecins de Paris, à la connaissance desquels ces faits sont parvenus, jugeant avec raison qu'il ne faut se moquer de rien lorsqu'il s'agit des moyens à employer contre une maladie telle que la phthisie, ont prescrit le caoutchouc à leurs malades. M. F. Boudet, dans une note additionnelle à l'article précédent, rapporte qu'ayant reçu depuis quelques jours plusieurs ordonnances prescrivant des pilules de caoutchouc, il s'est d'abord trouvé très embarrassé pour donner au caoutchouc la forme pilulaire; mais, après quelques essais, il y a réussi par le procédé suivant : il a passé rapidement sur une râpe fine un morceau de caoutchouc; cette substance, divisée et échauffée tout à la fois par l'action de la râpe, a pu être facilement dosée et réduite entre les doigts en petites masses assez régulièrement agglutinées. Il a donné à ces masses la forme pilulaire en les enveloppant d'une pâte faite avec un peu de farine et d'eau. (*Journal de pharmacie.*)

Pommade ophthalmique (Cunier).

Précipité rouge	2 décigrammes.
Huile de foie de morue	4 grammes.
Cérat	2 —

Mêlez.

Destinée spécialement pour le traitement topique des lacérations interciliaires, cette pommade a donné aussi à M. Cunier de bons résultats dans les nuages de la cornée, suite de pannus vasculaire, dans le pannus celluleux, les ulcérations atoniques, etc. (*Ibid.*)

Chlorure double mercuro-quinique (Dermott). —Ce nouveau sel a été employé avec succès par le docteur Hamilton pour combattre le lupus superficiel.

Pour l'obtenir, on dissout séparément, dans le moins d'eau possible, 1 de bichlorure de mercure et 3 de chlorhydrate de quinine. On mêle les deux dissolutions; il se sépare des aiguilles cristallines du sel double.

M. Hamilton a administré ce nouveau sel sous forme de pilules de la manière suivante :

Chlorure mercuro-quinique	7 centigr.
Opium en poudre	1 —

F. s. a. 30 pilules à prendre en trois fois dans la journée. Ce composé amène assez promptement la salivation. On suspend alors son emploi, pour y avoir de nouveau recours. Il a guéri des lupus avec rapidité. Ces essais, encore incomplets, méritent cependant l'attention du médecin. (*Ibid.*)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juillet.

Peste ; quarantaines.—Sur l'observation de quelques membres, M. le président met la clôture de la discussion aux voix. La clôture est adoptée à l'unanimité.

M. Prus a la parole pour résumer la discussion. L'honorable rapporteur démontre que la division est dans le camp des adversaires du rapport, que si ces adversaires sont nombreux, il en est peu, du moins, qui n'en admettent une partie : tel qui en rejette la fin en approuve le commencement, tel qui en rejette le commencement en admet les conclusions. Il explique d'ailleurs la réaction défavorable généralement manifestée contre le rapport par cette idée préconçue chez la plupart des médecins que ce rapport devait être un plaidoyer pour ou contre la contagion. Or, contagionistes et non-contagionistes ont été également déçus dans leurs espérances. MM. Pariset, Bousquet, Castel, Hamont et Desportes, veillant, dit-il, avec une sollicitude inquiète au maintien intégral du domaine et même des usurpations de la contagion, ont repoussé tout ce qui ne concordait pas avec leur système. D'un autre côté, M. Dubois (d'Amiens) a mis en doute et M. Londe a nié la valeur et la portée des faits établissant la transmission de la peste en dehors des foyers épidémiques. C'est, ajoute-t-il, parce qu'ils ne se sont pas renfermés dans une manière de raisonner aussi étroite, que MM. Ferrus, Bégin, Poiseuille, Rochoux, Piorry, Bricheteau et Gaultier de Claubry ont cru pouvoir donner leur approbation aux doctrines exprimées dans le rapport.

M. Prus reprend à part l'argumentation de chacun de ses adversaires et la combat. Il termine son long discours en rappelant que, parmi les nombreuses propositions pratiques qui ont été soumises à l'Académie, il n'en est qu'une seule qui soit en contradiction avec les propositions de la commission : c'est celle de la destruction complète des garanties sanitaires. Il est à espérer qu'elle ne trouvera pas beaucoup d'appui dans l'enceinte de l'Académie.

Je ne saurais, dit M. Prus en finissant, prier assez instamment ceux de nos collègues qui désireraient présenter des amendements nouveaux, de vouloir bien les déposer sur le bureau, en les accompagnant de tous les faits, de toutes les considérations propres à les faire accueillir de l'Académie. Je m'empresserai alors de réunir la commission, sachant qu'elle veut, non pas le maintien des conclusions qu'elle a adoptées, mais le triomphe de la vérité, quelle qu'elle soit.

Séance du 28 juillet.

M. Bousquet est appelé à la tribune pour lire le rapport officiel sur les vaccinations.

Choléra. — M. Bailly lit un rapport sur un mémoire de M. Martinenque, chirurgien de la marine, relatif à l'épidémie cholérique de Toulon de 1835. M. le rapporteur signale, à cette occasion, plusieurs cas de choléra sporadique observés récemment dans quelques services des hôpitaux de Paris. Ces cas ne lui ont pas paru différer notablement dans leurs symptômes du choléra épidémique. Conclusions : dépôt du mémoire aux archives, lettre de remercîment et insertion du nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondant. (Adopté.)

MM. Honoré, Gimelle et Nacquart rapportent chacun un exemple d'affection cholérique qu'ils ont eu l'occasion d'observer depuis peu de temps.

Peste ; quarantaines. — L'ordre du jour appelle la discussion des articles du rapport. M. le secrétaire annuel donne lecture de l'article premier, ainsi conçu :

On a vu naître la peste spontanément, non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, d'Asie et d'Europe.

M. Adelon a la parole sur cet article. Selon lui, la commission s'est singulièrement avancée en déclarant que la peste naît spontanément ailleurs qu'en Egypte, en Syrie et en Turquie. Elle eût dû alors en administrer la preuve par des observations de peste spontanée ; mais c'est ce qu'elle n'a pas fait, et ce qu'il lui était impossible de faire. Cette question, par son immensité, eût à elle seule exigé des volumes ; car il ne suffisait pas d'écrire des dates, il fallait les justifier. Comment s'assurer que les diverses maladies qualifiées pestes par les historiens existaient réellement ? Et, en admettant que ces maladies fussent des pestes, comment distinguer si ces pestes étaient ou importées, ou survenues épidémiquement, ou avaient éclaté spontanément ? Car, pour que la conclusion de la commission soit légitime, il faut que toutes les pestes sur lesquelles on l'établit soient spontanées. Les historiens des épidémies de peste des siècles les plus récents sont tout-à-fait en désaccord sur cette importante question de la spontanéité ou de la transmission des épidémies dont ils nous ont donné les relations. Or, d'un autre côté, M. Ségur-Duperron, qui depuis dix ans a visité trois fois, par ordre de notre gouvernement, tous les ports de la Méditerranée pour y étudier la peste, conclut de ses études que toutes ou

presque toutes étaient des pestes importées d'Egypte. M. Ségur-Duperron, dira-t-on, n'est pas compétent dans la question, parce qu'il n'est pas médecin. Mais, répond M. Adelon, la question, quoique médicale, exige l'appréciation d'un grand nombre d'éléments qui ne sont pas médicaux, par exemple l'appréciation des relations commerciales des peuples. M. Ségur-Duperron a d'ailleurs développé les motifs de son opinion, ce que n'a pas fait la commission, ou du moins n'a-t-elle donné qu'un seul argument pour prouver la spontanéité d'un grand nombre d'épidémies de peste : c'est qu'aux époques de ces diverses épidémies il n'y avait aucune peste en Égypte. Mais on peut répondre à cet argument que pour être assuré que les pestes observées en telles contrées de l'Europe, en telles années, avaient éclaté spontanément, il ne suffirait pas qu'il n'y eût alors aucune peste en Égypte, il faudrait encore qu'il n'y en eût pas alors en aucune autre partie du Levant ; or la table de M. Rossi, sur laquelle M. le rapporteur s'est basé, contient de nombreuses erreurs et omissions dont M. Pariset a déjà relevé quelques-unes. Il eût donc fallu vérifier une à une chacune des assertions de cette table, et c'est ce qu'on n'a pas fait. M. Adelon montre les dissidences qu'il y a entre M. Rossi et M. Aubert sur le nombre des épidémies de peste depuis l'année 635 de notre ère.

Enfin, avec la conclusion actuelle que la peste a éclaté spontanément non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore en un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique, la logique conduirait à soumettre aux mesures sanitaires les provenances de tous les pays et à étendre ces mesures à presque tout le monde entier.

M. Adelon demande donc que le premier chapitre du rapport et la conclusion qui s'y rattache soient renvoyés à la commission pour qu'elle y fasse, d'après ces principes, les modifications nécessaires.

Séance du 4 août.

Peste ; quarantaines. — M. Rochoux présente un amendement qui est conçu en ces termes :

« Subjuguée par l'évidence des faits, l'Académie de médecine ne peut s'empêcher de demander l'abandon à peu près complet de l'ancien système sanitaire, et son remplacement par un ensemble de mesures préservatrices dont elle s'empressera de poser les bases, si le gouvernement veut bien la charger de ce soin. »

M. Rochoux appuie son amendement sur des arguments en partie déjà présentés dans son précédent discours, lors de la discussion générale. (Voy. séance du 26 mai.)

M. le Président met aux voix l'amendement de M. Rochoux. Il est rejeté.

M. Prus a ensuite la parole pour répondre au discours prononcé par M. Adelon, dans la précédente séance, contre la première conclusion du rapport. Il s'attache particulièrement à démontrer, par des citations et des faits nombreux, que c'est bien à tort que M. Adelon avait dit que la commission n'administrait pas les preuves justificatives de son opinion, touchant la spontanéité de la peste hors de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie d'Europe. L'honorable rapporteur mentionne, entre autres, des épidémies de pestes développées en France et citées par Grégoire de Tours (*inguinarius morbus, lues inguinaria*), lesquelles se sont montrées loin des côtes, comme à Arles, à Avignon, en Auvergne même, et ne sont point citées par le célèbre historien de ce temps-là comme ayant été importées. M. Prus dit la même chose d'une foule d'autres épidémies observées en divers points d'Europe autres que Constantinople, en Italie, en Hollande, en Angleterre, en Danemark, en Suède, en Pologne, en Russie, sur les bords du Danube particulièrement, et il s'attache à démontrer que la plupart, sinon toutes, sont nées spontanément sur les lieux par l'effet des mêmes causes qui en favorisent aujourd'hui le développement. Aucun document n'indique d'ailleurs que ces pestes aient été importées du Levant. Souvent même la peste n'existait pas alors dans les lieux regardés comme les foyers d'exportation de la maladie.

M. Adelon réplique qu'il n'est pas satisfait de ces nouvelles explications de M. Prus. Suivant lui, M. le rapporteur s'appuie sur des documents qui manquent eux-mêmes de certitude et d'authenticité. En résumé, dit-il, je ne veux pas de cette conclusion en termes aussi absolus, attendu qu'il n'y a en faveur de cette opinion que des présomptions, des probabilités seulement, mais point de certitude. Attendu d'ailleurs que cette certitude, fût-elle acquise, ne serait que d'une utilité très secondaire dans la question, vu qu'il importe peu pour la législation sanitaire de savoir ce qui était ou ce qui n'était pas il y a mille ans, je propose de restreindre la proposition à la désignation des lieux où actuellement la peste naît spontanément.

— M. Girouard, médecin à Bordeaux, fait une communication relative à l'enlèvement des tumeurs du sein au moyen des caustiques, et présente quelques pièces conservées qu'il a extirpées par ce procédé.

Séance du 11 août.

Vacance. — M. Joly fait, au nom d'une commission de onze membres, le rapport relatif au choix de la section à laquelle devra appartenir la nomination. La commission a décidé unanimement qu'elle proposerait à l'Académie de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Après une courte discussion, la proposition de la commission est mise aux voix et adoptée.

Peste ; quarantaines. — La parole est à M. Aubert-Roche, autorisé à exposer devant

l'Académie quelques nouveaux documents relatifs à la question de l'incubation de la peste.

Il fait observer que la base d'une réforme sanitaire se trouve tout entière dans la 29e conclusion du rapport, qui peut, en substance, se résumer en ces termes : « En dehors des foyers de peste, la période d'incubation est de huit jours au plus après l'isolement. » Déjà en 1841 M. Aubert-Roche avait établi, par des faits nombreux, dans un mémoire lu devant l'Académie, et sur lequel elle s'est prononcée en 1843, une conclusion à peu près analogue.

L'analyse des cas opposés depuis 1841 à la période de huit jours démontre, suivant M. Aubert-Roche, que toujours des erreurs ont été commises, qui transformaient et dénaturaient les faits au profit de l'opinion des contagionistes à longue période d'incubation. Les faits sont au nombre de 16. Or, les documents transmis à M. Aubert-Roche par le gouvernement général de Malte ont démontré que le premier fait est apocryphe, que dans le deuxième il y avait eu des morts en route, et que le malade avait été atteint six jours après avoir quitté le bord ; que dans le troisième il y avait des malades pendant la traversée, que les chiffres de 16 et 17 jours étaient de pure invention, et que la patente du bâtiment était fausse. Dans le quatrième, donné comme exemple d'incubation de onze jours, le premier malade fut atteint huit jours après le départ, le second l'était au moment du départ. Le cinquième fait, cité par M. Pariset, a été inventé de toutes pièces, et l'honorable secrétaire perpétuel a été trompé, comme il résulte des documents officiels de l'administration des postes. Aucun des autres faits ne présente, selon M. Aubert-Roche, des garanties d'authenticité suffisantes. Ce n'est d'ailleurs pas à nous, dit-il en terminant, à démontrer le peu de valeur des faits qu'on nous oppose, mais à nos adversaires à en démontrer la vérité. Jusque-là on peut baser sans crainte toute la réforme des quarantaines sur cette limite de huit jours assignée à la période d'incubation de la peste.

M. Hamont a la parole pour la suite de la discussion sur le premier article du rapport.

Il pense avec la commission que la peste a existé et pris naissance spontanément en Afrique, en Asie et en Europe. Quand on a vu la peste d'Égypte, on est, dit-il, aisément convaincu que la peste n'est point due à une influence épidémique, mais à des causes locales. Or ces causes locales qui produisent la peste en Égypte ont évidemment existé en Asie et en Europe, et nommément en France, en Autriche, en Russie, en Angleterre.

La peste est toujours endémique en Égypte, parce que les mêmes conditions d'insalubrité y ont persisté jusqu'à ce jour. Si elle était le résultat d'une constitution épidémique, on devrait voir tous les sujets en être atteints indistinctement, réunis ou isolés. Or on voit justement le contraire. Ce qui prouve encore contre une constitution pestilentielle, c'est l'heureux effet des progrès de l'hygiène publique, de l'assainissement, les bons résultats de l'isolement, toutes choses qui n'ont pas d'influence sur les constitutions épidémiques.

M. Hamont se résume en proposant d'ajouter à la conclusion de la commission ces mots : « La peste disparaît au fur et à mesure de l'assainissement des pays où elle régnait et de l'établissement des lazarets. » Un fait constant, avait-il dit plus haut, c'est que depuis l'établissement des lazarets en Syrie les ravages de la peste sont notablement diminués en ce pays. Quant à la législation sanitaire, l'administration sait déja fort bien à quoi s'en tenir à ce sujet. Le point de vue sous lequel il importe surtout que l'Académie envisage cette question est celui de l'hygiène publique.

M. Desportes déclare que M. le rapporteur n'a rien moins que prouvé le développement spontané de la peste en France et en diverses autres contrées d'Europe. En vain fait-on sonner bien haut les mots *lues*, *peste*, *pestilence*, *contagion*, *bubon*, employés par les historiens. Les quatre premiers ont été appliqués à plusieurs maladies qui n'avaient avec la peste vraie ou d'Orient d'autre rapport qu'un grand danger. Il en a été de même du mot *bubon*. Il a signifié tout ce qu'on a voulu, jusqu'à des abcès de nulle importance qui ont été désignés par le terme corrompu, vieux et populaire, de *bobo* pour *bubon*. Ainsi les mots *lues* et *bubon* ont changé d'acception dans le cours des temps par les mêmes causes qui décident du sort de tous les autres mots d'une langue.

M. Desportes cite un mémoire d'un médecin russe, dans lequel on voit la description de deux maladies sévissant à la fois sur la même armée russe en Valachie et en Moldavie : d'un côté la peste se décelant principalement par le siége habituel de ses bubons, et de l'autre la fièvre endémique, fièvre putride et maligne accompagnée souvent aussi de bubons et d'abcès. Quand les bubons manquaient dans la peste, le diagnostic se décidait uniquement d'après la marche foudroyante de la maladie qui frappait comme la balle d'un mousquet et qu'un fort vomitif pouvait cependant dissiper. Rien de pareil n'avait lieu dans la fièvre putride, qui elle aussi produisait des bubons, des abcès, et souvent n'en produisait pas, et toujours en moins grand nombre. Tout enfin en elle marchait avec plus de lenteur.

Ainsi les bubons, qui ne sont que des abcès avec une dénomination particulière, ne sauraient faire l'attribut spécial de la peste.

M. Desportes se joint à la proposition de M. Adelon. (Voy. les deux séances précédentes.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juillet.

Gastrotomie fistuleuse. – M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse la première partie d'un mémoire sur

une opération qu'il a imaginée, laquelle consisterait à établir aux parois de l'estomac une ouverture permanente, dans le but de fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement complet de l'œsophage condamne à mourir d'inanition. Les considérations sur lesquelles il fonde l'indication et les probabilités du succès de l'opération qu'il propose sont puisées dans les faits de guérison de plaies de l'estomac et d'existence de fistules gastriques permanentes, compatibles avec la vie, dans la possibilité de produire directement une fistule permanente de l'estomac, et dans les expériences faites sur les animaux.

M. Serres rappelle, à l'occasion de cette communication, qu'ayant été depuis longtemps vivement préoccupé de l'horrible situation dans laquelle se trouvent les personnes en proie à une affection organique de l'estomac ou de l'œsophage qui s'oppose à l'introduction des aliments, il avait eu l'idée d'une opération analogue à celle que propose l'auteur de ce mémoire, mais que l'occasion d'en faire l'essai ne s'étant pas présentée, il n'y avait pas donné suite. Il se félicite aujourd'hui que M. Sédillot ait conçu la réalisation d'un semblable projet.

L'auteur étant membre correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu de renvoyer son travail à une commission; mais un extrait en sera inséré dans les comptes-rendus.

Séance du 3 août.

Guérison de la phthisie par des vapeurs d'eau chargées de sel marin et de sel ammoniac. — M. Becker, de Moscou, écrit une lettre conçue dans les termes suivants :

On a constaté dernièrement à Moscou que deux ouvriers atteints d'une phthisie pulmonaire assez avancée avaient été guéris après un séjour de quelques mois dans une usine de produits chimiques où ils furent employés. Pendant ce temps ils furent presque continuellement exposés à l'action de vapeur d'eau chargée de sel marin et de sel ammoniac.

Une guérison de ce genre avait déjà été annoncée, mais n'avait pas été constatée avec assez de soin pour être l'objet d'une communication à l'Académie. Quoique l'air saturé d'humidité soit en général favorable aux phthisiques, n'est-il pas probable que les sels dont étaient chargées les vapeurs respirées par ces ouvriers ont été la cause de ces guérisons et pourraient être employés sous cette forme comme remède contre la phthisie? C'est cette idée que j'ai voulu soumettre à l'appréciation de l'Académie.

Séance du 10 août.

Anévrysmes. — M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, envoie à l'Académie un troisième mémoire sur sa *nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvanopuncture.*

Après avoir constaté les progrès qu'a faits cette méthode (1) et les suffrages qu'elle a reçus, il s'y occupe spécialement de deux points, savoir : l'analyse de l'action même de la pile, et le mode de décomposition du sang. Il termine son mémoire par la relation d'un nouveau cas d'anévrysme volumineux du pli du coude, consécutif à une saignée, lequel a été guéri par la galvanopuncture en une seule séance.

Conservation des matières animales. — M. Édouard Robin s'est assuré par l'expérimentation que l'acide sulfhydrique en solution aqueuse, loin d'être un putréfiant, comme le prétendent les auteurs, s'oppose, au contraire, énergiquement à la putréfaction des matières animales. Il suffit, ensuite, de laver les matières avec de l'eau ordinaire pour leur faire perdre presque toute odeur d'acide sulfhydrique.

(1) Voy. notre n° de juin 1846, page 252.

NOUVELLES MÉDICALES.

L'Académie des sciences de Toulouse propose pour sujet de prix, consistant en une médaille d'or de 500 fr., pour l'année 1849, la question suivante :

« Exposer, d'après l'état actuel de la science :
» 1° La nature et le véritable siége de la » maladie connue sous le nom de colique sa- » turnine (vulgairement colique des peintres);
» 2° Les signes qui peuvent la faire distin- » guer des affections abdominales qui ont avec » elle quelque ressemblance;
» 3° Les indications curatives qu'elle pré- » sente et la médication rationnelle pour les » remplir. »

Les mémoires doivent être adressés à M. Ducasse, secrétaire général, avant le 1er mars 1849.

La Société de médecine de Toulouse propose, pour l'année prochaine, la question suivante :

« Faire l'histoire de l'éclampsie ou affection » convulsive des enfants. Exposer les sym- » ptômes qui la caractérisent, suivant qu'elle » est essentielle ou symptomatique. Déduire » de cet exposé, qui devra surtout avoir pour » base l'observation clinique, les médications » rationnelles qui se présentent dans son trai- » tement. »

Médaille d'or de 300 fr.

Les mémoires seront adressés à M. Ducasse, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1847.

Santé publique. — Le choléra fait de grands ravages dans toutes les parties de l'Inde. Il s'étend sur tout le territoire de l'Yémen, en Arabie. Moka, Iidda, Jambo, tous les bords de la mer Rouge sur la côte arabique, sont atteints. Le choléra, qui s'était déclaré à Aden au commencement de mai, a enlevé en peu de jours quatre cents habitants. Il a heureusement presque disparu de cette ville.

Le choléra sporadique fait, en ce moment, de grands ravages à Londres, au rapport du TIMES. La violence des symptômes a fait répandre le bruit que le choléra asiatique y avait reparu; mais il résulte heureusement de l'enquête des officiers du conseil privé qu'on n'a pas trouvé un seul cas de choléra asiatique.

Deux membres de l'Académie de médecine de Paris viennent de partir pour cette ville afin d'étudier le choléra sporadique.

Ces honorables académiciens n'avaient pas besoin d'aller étudier si loin ce qu'ils étaient à même d'étudier chez eux. Des cas nombreux de choléra sporadique se sont présentés à Paris, depuis deux mois, tant en ville que dans quelques services d'hôpitaux. La constitution cholérique s'est d'abord annoncée par de simples flux séreux sans colique et sans fièvre; plus tard ces flux ont été plus abondants, accompagnés de coliques, de crampes, de vomissements et de réaction fébrile. Enfin on a observé tous les symptômes d'un choléra que l'on peut appeler algide et caractérisé par les symptômes suivants : selles aqueuses, vomissements abondants et répétés, suppression des urines, crampes atroces, annihilation du pouls, froid des extrémités, cyanose, voix éteinte, yeux enfoncés dans l'orbite, souvent mort rapide. Un cas remarquable de cette espèce a été observé dans le service de M. Caillard. Quelques médecins n'ont vu dans les cas qu'ils ont eus à traiter aucune différence avec le choléra asiatique le plus intense. Hâtons-nous d'ajouter, pour rassurer les populations, que ces cas sont encore trop peu multipliés pour qu'on y puisse voir le début d'une épidémie. Nous reviendrons sur ce sujet.

— Une cruelle maladie qui sévit en ce moment sur les enfants a fait depuis quelques semaines d'affreux ravages à Orléans. La moyenne ordinaire de la mortalité des enfants est, tout au plus, de huit par semaine. Or, depuis le mois de juillet, cette mortalité s'est accrue dans des proportions effrayantes.

Du 10 au 17 juillet, il est mort 15 enfants au-dessous de 7 ans;

Du 17 au 24, il en est mort 17;

Du 24 au 31, il en est mort 18;

Du 1er au 7 août, il en est mort 24;

Et du 7 au 14 août, on est arrivé au chiffre effrayant de 30 enfants décédés.

— Un concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris pour trois places d'aide d'anatomie vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. H. Gros, d'Avrigny (Haute-Saône); A. Richard, de Paris; et P. Broca, de Sainte-Foy (Gironde).

Celui qui était ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier a donné lieu à la nomination de MM. Roque et Philippaux, *ex æquo*.

Une École pratique de chimie vient d'être formée au sein de la même Faculté.

Il vient d'être créé, par le ministre de l'instruction publique, une place de chef des travaux cliniques près l'École pratique de la Faculté de médecine de Montpellier. M. Léon Brousse, agrégé de cette Faculté, a été nommé à ce poste pour six ans par le ministre. Passé ce terme, la place sera mise au concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1846, sont nommés agrégés près l'École de pharmacie de Montpellier : MM. Figuier (Louis), pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques; Gay (Honoré), pharmacien de première classe, bachelier ès sciences physiques; Fages (François-Victor), pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques.

M. REYNAUD (Auguste-Adolphe-Marc) est nommé chirurgien en chef de la marine, en remplacement de M. Payen, décédé.

— Un propriétaire hongrois, M. Samarjay, aurait trouvé le moyen de préserver les bêtes à cornes du typhus contagieux, qui a donné de si vives inquiétudes aux éleveurs d'une grande partie de l'Europe, surtout de la France, de l'Allemagne, etc.

Le moyen est simple et facile : il consiste dans l'inoculation de la salive d'un sujet malade sous la peau des animaux qui sont menacés du fléau. Si l'on en croit certaines publications, cette inoculation serait aussi efficace que celle du claveau pour le mouton et de la vaccine pour l'homme.

Voici le procédé opératoire employé par M. Samarjay : il prit de la salive d'un bœuf chez lequel le typhus s'était prononcé; puis, faisant une incision de 2 centimètres environ à la peau, à la face interne de la cuisse, il la décolla avec le bout de son doigt, de manière à y faire une petite poche, et y introduisit la salive. L'animal ainsi inoculé est atteint d'une maladie factice, d'un caractère bénin, et qui le préserve du typhus, qui ne se déclare plus chez les individus qui en ont été affectés une fois. Il paraît que cette expérience, faite sur un grand nombre d'individus pendant les ravages du typhus, aurait été couronnée d'un plein succès.

— Une famille de Mâcon a failli devenir victime d'un singulier empoisonnement dont nous avons déjà vu cependant deux exemples. Trois grandes personnes et un enfant, après avoir mangé des gaufres, ont éprouvé des coliques et des vomissements. On assure que les gaufres étaient saupoudrées d'arsenic, et que ce poison a été déposé par des souris qui, s'étant vautrées dans la farine mélangée de mort-aux-rats, sont venues se promener sur les gaufres. Les accidents n'ont pas eu de suite. Il y a grande imprudence à tenir, pour les maisons, de l'arsenic mélangé à de la farine pour combattre les rats; l'empoisonnement dont nous parlons le prouve évidemment.

Lait frelaté. M. le directeur de l'hôpital Cochin, sur l'énergique réclamation de M. le docteur Nonat, plusieurs fois réitérées, vient de refuser un lait tellement frelaté, que des accidents graves avaient suivi son ingestion

chez plusieurs malades. Les protestations du fournisseur établissaient qu'il ne pouvait le fournir meilleur au prix de 20 centimes le litre, prix qui lui est alloué par l'administration des hôpitaux, puisqu'il est de notoriété publique que le lait de médiocre qualité, mais pur, ne coûte pas moins de 50 centimes à Paris.

Le fournisseur n'est atteint par aucune autre peine que celle de la résiliation de son contrat. Aux termes du cahier des charges, le directeur est autorisé à s'adresser immédiatement au commerce pour remplacer, aux frais du fournisseur, les denrées avariées qu'il a livrées. Le jour où le lait fut refusé, le directeur ne put en trouver une quantité suffisante, et les malades de l'hôpital Cochin durent être à la diète.

Il y a déjà deux ans que les médecins des hôpitaux adressèrent un rapport circonstancié à l'administration, qui prouvait que le lait était une des plus malfaisantes nourritures que, dans l'état actuel, les malades pussent recevoir.

—On lit dans un des derniers n^os du journal anglais THE LANCET le prospectus d'une *Société d'assurances sur la vie des malades*. Cette tontine est basée sur des statistiques recueillies dans les principales villes et provinces d'Angleterre. Lorsqu'un malade veut s'y faire inscrire, on lui prouve qu'il doit payer telle ou telle somme, parce que la statistique a prouvé qu'il avait encore une, deux, trois, cinq, dix années à vivre, suivant qu'il est affecté d'une maladie du cœur, d'une hydropisie, d'une paralysie, ou qu'il appartient à une famille de phthisiques !!!

— Les élections n'ont pas été favorables au corps médical. MM. Bouillaud et Dezeimeris, députés sortants, n'ont pas été réélus.

— Il paraît, d'après d'assez nombreuses expériences, que l'opium peut être recueilli non-seulement en Algérie, mais encore en France; que dans ce dernier pays il offre toutes les qualités de l'opium qui nous vient de l'Orient, et que même on trouve à l'analyse une plus grande quantité de morphine, ce qui tient sans doute à la falsification que cette substance, comme tant d'autres, subit avant d'être livrée au commerce.

D'après une communication faite récemment à l'Académie des sciences, M. Aubergier, qui habite l'Auvergne, cultive en grand le pavot, et en retire une notable quantité d'opium. Pour diminuer les frais de main-d'œuvre, il a imaginé un instrument contenant quatre lames de canif qui font saillie d'un à deux millimètres au plus. C'est avec cet instrument qu'on pratique des incisions à la capsule, sans craindre de pénétrer dans son intérieur, et de nuire ainsi au développement de la graine. Cette incision faite, au lieu de laisser le suc se concréter sur la capsule, M. Aubergier le récolte aussitôt, et le fait sécher à part. De cette manière, la main-d'œuvre est économisée des deux tiers, et le rendement est assez considérable. L'opium obtenu par M. Aubergier est de bonne qualité, et l'indemnisera probablement des déboursés nécessités par ses expériences.

— Un jour le vieux Kien-Long, empereur de la Chine, demandait à Georges Staunton comment on payait les médecins en Angleterre. Quand il eut compris le système : « Peut-il y avoir, s'écria Kien-Long, un seul Anglais en bonne santé ? Je vais vous dire comment je me conduis avec mes médecins. J'en ai quatre auxquels le soin de ma santé est confié. On leur donne une certaine somme toutes les semaines; mais, dès que je suis malade, ce salaire est retenu jusqu'à ce que je sois bien. Je n'ai pas besoin de vous dire que mes maladies ne sont pas longues. » Il paraît que le système médical du céleste empereur n'est pas une plaisanterie. (*Gazette médicale belge.*)

— Le fameux Morrisson a dépensé, depuis 1830 jusqu'à la fin de 1844, la somme de 108,000 livres sterling (près de 9 millions de francs) rien qu'à payer le timbre des avis qui enveloppent les boîtes contenant les pilules qui portent son nom.

— *Copenhague*. Les professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de cette ville sont mal rétribués et se trouvent dans la nécessité de consacrer la plus grande partie de leur temps à la pratique médicale. Un projet de règlement, proposé au roi de Danemarck par le sénat académique, accorde une notable augmentation de traitement à tous les professeurs qui feront la promesse de ne plus se livrer à la pratique et de s'occuper exclusivement de leur enseignement.

Nécrologie.

— M. le docteur GASTÉ, médecin en chef de l'armée d'Afrique, vient de mourir.

— M. RAMBAUD, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bone, est mort en Algérie, dans le courant du mois de juillet.

— Une troisième perte que le corps médical vient de faire en Afrique est celle de M. VITON, chirurgien-major au 2e de spahis, qui vient d'être enlevé, après neuf années de séjour en Algérie, par une de ces maladies si fréquentes dans cette contrée.

— M. le docteur THIBERT vient de succomber à Paris, âgé de 38 ans, à la suite d'une courte maladie. Tout le monde connaît ses beaux travaux d'anatomie plastique. Les sciences anatomiques, l'anatomie pathologique surtout, lui doivent beaucoup. Il a été frappé au moment où il allait recueillir le fruit des immenses sacrifices qu'il avait dû faire pour parvenir à l'exécution de ses idées. Il a donné le plus belles preuves de désintéressement dans ses travaux pour le nouveau Musée de la Faculté de médecine de Paris.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Explication des planches de l'atlas.

PLANCHE XI. (ARNOLD.)

FIGURE I.

Articulation de la cuisse gauche, ouverte et vue par ses parties antérieure et inférieure.

A. Portion iliaque de l'os coxal. *a*. Epine iliaque antérieure et supérieure. *b*. Epine iliaque antérieure et inférieure.

B. Portion pectinée de l'os coxal. *c*. Branche horizontale. *d*. Branche descendante, coupée.

C. Portion ischiatique de l'os coxal. *e*. Tubérosité. *f*. Branche descendante, et *g*. branche ascendante de l'ischion.

D. La cavité cotyloïde ; *h*. la grande extrémité (*cornu*) ou l'inférieure ; *i*. la petite ou supérieure. *k*. Échancrure de la cavité cotyloïde.

E. Extrémité supérieure de la cuisse. *l*. Le grand trochanter. *m*. Ligne intertrochantérienne postérieure. *n*. Col du fémur. *o*. Cartilage articulaire de la tête du fémur. *p*. Bord de l'excavation de la tête du fémur.

1. Ligament fibro-cartilagineux de la cavité cotyloïde.

2. Ligaments transverses du bourrelet fibro-cartilagineux.

3. Ligament rond de la cavité cotyloïde. *q*. Son origine de l'extrémité inférieure, et *r*. de l'extrémité supérieure de la cavité cotyloïde. *s*. Terminaison de ce ligament dans l'excavation de la tête du fémur.

4. Membrane obturatrice. *t*. Orifice pour le passage des vaisseaux et du nerf obturateurs.

FIGURE II.

Articulation de la cuisse droite, sciée perpendiculairement et en travers.

A. Portion de l'os coxal. *a*. Corps de l'iléon. *b*. Epine sciatique. *c*. Branche descendante, et *d*. tubérosité de l'ischion. *e*. Bord externe du trou ovale. *f*. Cavité cotyloïde. *g*. Surface articulaire de cette cavité ; *h*. sa partie profonde. *i*. Saillie inférieure de la cavité cotyloïde.

B. Extrémité supérieure du fémur. *k*. Grand trochanter. *l*. Col du fémur. *m*. Tête du fémur.

1. Rebord fibro-cartilagineux de la cavité cotyloïde, coupé dans sa partie moyenne.

2. Capsule fibreuse.

3. Ligament rond. *n*. Son origine à l'extrémité inférieure. *o*. Passage de ce ligament dans la saillie vaginale de la membrane synoviale. *p*. Terminaison du ligament rond dans l'excavation de la tête du fémur.

4. Membrane synoviale de l'articulation de la cuisse. *q*. Saillie vaginale, pour le ligament rond.

FIGURE III.

Articulation tibio-fémorale. Ligaments interarticulaires et croisés du genou gauche, vus par la partie antérieure.

A. Extrémité inférieure du fémur, relevée de manière à ce que l'on puisse voir la plus grande partie de la surface des condyles. *a*. Tubérosité externe du fémur ; *b*. l'interne. *c*. Condyle externe du fémur ; *d*. l'interne. *e*. Cavité pour l'articulation de la rotule.

B. Le tibia. *f*. Tubérosité du tibia. *g*. Cavité condyloïdienne externe ; *h*. l'interne. *i*. Eminence intercondyloïdienne.

C. Le péroné. *k*. Tête du péroné.

1. Ligament croisé postérieur.

2. Ligament croisé antérieur ; *l*. son origine à l'éminence intercondyloïdienne. *m*. Terminaison de ce ligament à la surface interne du condyle externe du fémur.

3. Cartilage semi-lunaire externe. *n*. Origine des fibres de ce cartilage à l'éminence intercondyloïdienne.

4. Cartilage semi-lunaire interne. *o*. Origine des fibres de ce cartilage.

5. Ligament latéral interne du genou.

6. Ligament supérieur de la tête du péroné ; 7. l'antérieur.

8. Ligament interosseux de la jambe.

FIGURE IV.

Articulation du genou gauche, coupée perpendiculairement à sa partie moyenne.

A. Substance spongieuse du fémur. *a*. Condyle interne. *b*. Creux poplité. *c*. Cartilage articulaire.

B. La rotule. *d*. Son cartilage articulaire.

C. Le tibia. *e*. Tubérosité, et *f*. cartilage articulaire du tibia.

1. Tendon du muscle extenseur de la jambe. 2. Terminaison de ce tendon ou ligament rotulien moyen. 3. Bourse muqueuse sous-rotulienne.

4. Ligament poplité.

5. Cartilage semi-lunaire coupé par son milieu.

6. Membrane synoviale de l'articulation du genou ; 7. sa cavité inférieure ou petite ; 8. la supérieure ou grande. 9. Continuation de la membrane synoviale au-dessus de la rotule et sous le tendon du muscle extenseur de la jambe. Quelquefois, au lieu de cette partie de la membrane articulaire du genou, on trouve une bourse propre que l'on appelle bourse sus-rotulienne.

10. De la graisse.

PLANCHE XII. (ARNOLD.)

FIGURE I.

Articulation du genou gauche, vue par ses parties antérieure et interne.

A. Le fémur. *a*. Son condyle interne.
B. Le tibia. *b*. Sa tubérosité.
C. La rotule.
1. Tendon du muscle extenseur de la jambe.
2. Sa partie moyenne, ou ligament moyen de la rotule. 3. Sa portion interne, ou ligament latéral interne de la rotule, se rendant au condyle interne du tibia et au cartilage semi-lunaire interne.
4. Ligament latéral interne du genou.
5. Fibres ligamenteuses se rendant aux cartilages semi-lunaires.

FIGURE II.

La même articulation, vue par sa partie postérieure.

A. Extrémité inférieure du fémur. *a*. Son condyle interne.
B. Tibia. *b*. Ligne oblique du tibia.
C. Péroné. *c*. Sa tête; *d*. son apophyse styloïde.
1. Tendon du muscle gastrocnémien externe.
2. Tendon du gastrocnémien interne.
3. Tendon du muscle poplité.
4. Ligament poplité.
5. Portion du cartilage falciforme externe.
6. Ligament latéral interne du genou.
7. Ligament latéral externe long du genou.
8. Ligament latéral externe court du genou.
9. Ligament postérieur de la tête du péroné.
10. Ligament interosseux de la jambe.

FIGURE III.

Cartilages interarticulaires et ligaments croisés du genou, vus par la partie postérieure.

A. Le fémur. *a*. Sa tubérosité externe; *b*. l'interne. *c*. Son condyle externe; *d*. l'interne. *e*. Portion fémorale de la cavité poplitée.

B. Le tibia. *f*. Ligne oblique du tibia. *g*. Cavité condyloïdienne externe; *h*. l'interne.

C. Péroné. *i*. Tête du péroné.

1. Ligament croisé antérieur. *k*. Sa terminaison à la surface interne du condyle externe du fémur.

2. Ligament croisé postérieur. *l*. Son origine dans la cavité postérieure du tibia. *m*. Sa terminaison à la surface externe du condyle interne du fémur.

3. Bord postérieur du cartilage semi-lunaire externe. *n*. Fibres de ce cartilage se joignant au ligament croisé postérieur.

4. Bord postérieur du cartilage semi-lunaire interne. *o*. Origine de ce cartilage.
5. Ligament latéral interne du genou.
6. Ligament supérieur de la tête du péroné.
7. Ligament postérieur de la tête du péroné.
8. Ligament interosseux de la jambe.

FIGURE IV.

Cartilages semi-lunaires de l'articulation du genou gauche, vus par en haut.

A. Tibia. *a*. Tubérosité du tibia. *b*. Cavité condyloïdienne externe; *c*. l'interne. *d*. Eminence intercondyloïdienne. *e*. Excavation antérieure, et *f*. excavation postérieure de cette éminence.

1. Ligament croisé antérieur; 2. le postérieur.

3. Cartilage semi-lunaire interne. *f*. Bord externe mousse; *g*. bord interne tranchant. *h*. Extrémité antérieure des fibres; *i*. la postérieure.

4. Cartilage semi-lunaire externe. *k*. Bord mousse ou externe. *l*. Bord tranchant ou interne. *m*. Extrémité fibreuse antérieure; *n*. la postérieure. *o*. *o*. Faisceaux accessoires, venant du ligament croisé postérieur.

5. Ligament réunissant les cartilages semi-lunaires.

FIGURE V.

Cavité de l'articulation du genou gauche, vue par ses parties antérieure et supérieure.

A. *a-e*, comme dans la figure 3 de la planche XI.

B. Surface postérieure de la rotule.

1. Tendon du muscle extenseur de la jambe, couvert de la membrane synoviale.

2. Membrane synoviale de l'articulation du genou. 3. Plis rotuliens latéraux de cette membrane, ou ligaments ailés. 4. Pli moyen, ou ligament moyen, ou muqueuse moyenne. 5. Terminaison de ce ligament entre les condyles du fémur.

(*La suite au prochain n°.*)

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — OCTOBRE 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Rayer.

Des relations du développement du corps thyroïde avec divers états physiologiques et pathologiques. — Maladies du cœur.

On a assigné au développement de la glande thyroïde une multitude de causes que nous n'énumérerons pas ici ; car tout ce luxe étiologique n'éclaircit guère la pathologie ni la thérapeutique du goître. Il est cependant un point universellement admis et qui n'est pas sans intérêt, si on le compare avec un fait que nous observions il y a quelques semaines dans le service de M. Rayer.

On a remarqué que le goître est plus commun chez la femme que chez l'homme. On a également remarqué que, chez la première, la tumeur s'accroît à la suite de la suppression des règles; M. Ferrus a rapporté un fait curieux d'hypertrophie du corps thyroïde développée sous l'influence seule de la grossesse ; le cas avait été observé à la clinique de M. P. Dubois.

Il y avait dernièrement, dans le service de M. Rayer, une jeune fille affectée d'hypertrophie du cœur à un degré assez avancé. Les battements du cœur semblaient soulever fortement la tête de l'observateur. Or, cette fille avait en même temps une hypertrophie assez considérable du corps thyroïde, et, d'après son rapport, cette seconde affection ne se serait développée que consécutivement aux symptômes de la maladie du cœur. M. le docteur Marchal (de Calvi), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, qui se trouvait pour lors à la visite, fit observer à M. Rayer qu'il avait déjà, pour son compte, noté cette particularité qui lui paraît une circonstance heureuse dans l'hypertrophie du cœur; car le sang vigoureusement projeté par ce dernier organe se trouve en quelque sorte arrêté au passage par la glande thyroïde; il y afflue, et cette glande, dont les usages physiologiques sont si peu déterminés, semble avoir ici pour fonction d'épargner au cerveau un abord trop impétueux.

Ainsi l'hypertrophie du corps thyroïde jouerait ici le rôle de *diverticulum* de la circulation cérébrale, et serait, suivant M. Marchal, un avantage pour le malade, une de ces heureuses incommodités qu'il ne faut pas chercher à guérir. Toutefois, il nous semble que ce doit être à une condition, c'est que ce développement se maintiendra dans des limites modérées et qu'il n'ira pas au point d'amener la compression des veines jugulaires ni celle des autres organes si importants du cou, ainsi que cela se voit dans le cas de certains goîtres très volumineux ; car ce qui est aujourd'hui d'un effet avantageux aurait alors des effets pernicieux.

Quoi qu'il en soit de l'explication que nous venons de rapporter, le fait précédent paraît offrir un de ces cas d'hypertrophie du corps thyroïde par développement extra-normal des vaisseaux, soit veineux, soit artériels, pour lesquels on a créé le nom de *goître vasculaire*.

On pourrait, ce nous semble, rapporter à cette variété les faits suivants rapportés par M. le docteur Robert Macdonnel dans un des n^os^ du DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES pour 1845, et reproduit dans le n° de mars du Journal de médecine de Bruxelles, sous le titre de : *Observations d'une forme particulière de maladie du cœur avec développement de la glande thyroïde et des yeux.*

Le premier fait rapporté par l'auteur concerne un ministre anglican, âgé de 55 ans, atteint, depuis 1838, de palpitations qui rendaient impossible le coucher sur le côté gauche. Ces symptômes prirent un accroissement rapide, mais sans présenter les caractères d'une maladie organique du cœur; bientôt le malade reconnut dans la région de la glande thyroïde une tumeur indolente qui augmenta peu à peu avec sentiment de constriction. La tumeur, formée évidemment par la glande thyroïde, plus forte à gauche, avait 16 pouces de sa partie la plus saillante à la sixième vertèbre cervicale. La main y ressentait un frémissement analogue à celui de la varice anévrysmale, et par le stéthoscope on entendait un son musical, lequel avait lieu aussi au niveau des carotides. Mais là il était moins musical. Le pouls ne donnait jamais moins de 120 pulsations par minute, et il allait quelquefois jusqu'à 200. L'auteur ajoute que, depuis quatre ans, les yeux, chez son malade, ont augmenté de grosseur et ont pris une expression d'égarement et de férocité. Ces organes n'ont d'ailleurs été le siége d'aucune douleur et la vision est restée parfaite.

Les deux autres faits ont trait à la simple exophthalmie coïncidant avec des affections

du cœur; elles sont en dehors de notre sujet.

Mais, dès l'année 1841, Henri Marsh avait signalé à la Société pathologique de Dublin la coexistence de la proéminence des yeux et du gonflement de la glande thyroïde avec la manifestation de palpitations. MM. Graves et Stokes ont aussi fait mention de palpitations existant avec la tuméfaction de la glande thyroïde. M. Graves a remarqué que la glande se gonflait quand le paroxysme des palpitations commençait à décroître, et restait stationnaire dans les intervalles.

Il ne faudrait pas néanmoins confondre ces symptômes du goître symptomatique d'une affection du cœur, ou du moins coexistant, avec ceux du goître sous-sternal, maladie fort rare et peu connue dont nous voyons deux exemples rapportés dans le *Neue medicinisch-chirurgische Zeitung*. (Voyez aux journaux allemands du n° d'août dernier.)

De la saignée dans les accès de goutte.

Faut-il saigner dans les accès de goutte? Les uns disent oui; d'autres disent non. Aetius saignait deux ou trois fois par accès; Sauvages saignait aussi, mais au fort de l'accès; van Swieten, Mead et Guilbert ont également préconisé cette méthode. Mais Sydenham, Boerhaave et Barthez l'ont fortement réprouvée. Le professeur de Leyde disait qu'elle n'amoindrit l'intensité de la douleur qu'en raison des forces qu'elle soustrait au malade. Parmi les modernes et les contemporains, Hufeland, MM. Teste et Ferrus, partagent l'opinion de ces derniers. Hufeland considère cette méthode comme si bien condamnée qu'il ne juge même pas à propos d'en parler; il ne s'attache sérieusement qu'à combattre l'emploi des émissions sanguines locales et les émollients.

M. Rayer partage, au contraire, l'opinion des premiers et assure s'être toujours bien trouvé de la saignée chez les goutteux pléthoriques. La prétendue métastase sur le cerveau que l'on observe souvent dans les attaques de goutte n'est pour lui qu'une simple coïncidence d'un accès apoplectique avec un accès goutteux. Mais le premier n'est dû qu'à ce que, chez les goutteux, les artères du cerveau sont souvent ossifiées. C'est là une source bien évidente d'apoplexies, mais non une source de contre-indications de la saignée.

Un boulanger, âgé de 36 ans, fortement constitué, d'un tempérament sanguin, est depuis six ou sept ans en proie à des attaques de goutte qui lui reviennent plusieurs fois par an, aux orteils, aux genoux et aux mains. Il a parcouru à diverses reprises un grand nombre de services et vient enfin d'entrer dans celui de M. Rayer pour un nouvel accès qui s'est porté à la fois aux pieds, aux genoux et aux mains. Les poignets, les genoux, les doigts et les orteils sont en effet noués, gonflés et tout difformes chez lui; la peau est rouge et douloureuse. Cet homme dit mener un genre de vie sobre, à cela près qu'il s'enivre quelquefois avec du vin. La goutte ne paraît pas héréditaire dans sa famille. Une saignée que M. Rayer lui a fait pratiquer au bras a rapidement dissipé les douleurs et a pour ainsi dire jugulé l'accès, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient. Le sang s'est trouvé couenneux. Ce malade dit avoir déjà été saigné dans maints accès de goutte et s'en être toujours bien trouvé.

Angines pseudo-membraneuse et œdémateuse consécutives à des érysipèles de la face.— Deux cas de ce genre se sont dernièrement présentés, le premier dans le service de M. Rayer, le second dans celui de M. Velpeau. C'est un mode d'extension de l'érysipèle facial qui n'a pas encore été noté parmi les terminaisons fâcheuses de cette affection, le danger ne paraissant venir d'ordinaire que du côté des méninges. Les deux cas auxquels nous faisons allusion se sont terminés par la mort. Celui qui a été observé dans les salles de M. Rayer est relatif à un homme d'une quarantaine d'années, entré à l'hôpital dans le courant de mai pour une fièvre offrant des caractères de rémittence avec frisson qui parurent à M. Rayer indiquer le sulfate de quinine. Ce fébrifuge lui fut donc administré à la dose d'un grain par jour, et le malade était en voie de guérison lorsqu'il fut pris d'un érysipèle à la face. Bientôt il se manifesta des symptômes d'angine croupale, et le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva le larynx enflammé et recouvert d'une fausse membrane, offrant les mêmes caractères que celle du croup, se détachant par lambeaux. La trachée et les grosses bronches du côté droit étaient également recouvertes de fausses membranes. Il n'y avait rien dans les grosses bronches du côté gauche.

II. Clinique chirurgicale.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Velpeau.

Des différentes espèces de tumeurs cancéreuses du sein. De celles qu'il ne faut pas opérer.

Dans notre avant-dernier n° nous parlions des erreurs de diagnostic que l'on peut commettre à propos de simples douleurs névralgiques de la mamelle. Nous allons reproduire ici les idées de M. Velpeau sur les indications et les contre-indications de l'opération fournies par les diverses variétés de dégénérescence du sein. Cette matière a été souvent abordée; mais les auteurs et les maîtres sont loin de s'accorder entre eux.

La malade qui a servi de thème à ces observations est une femme de 58 ans, marchande de vin, portant au sein une masse bosselée, mobile, déjà ulcérée en un point, et offrant les caractères de l'encéphaloïde à l'état de crudité. La tumeur, par elle-même, n'était pas difficile à enlever. Mais, en examinant

toute la mamelle, on y rencontre un chapelet de petites bosselures s'étendant jusque sur le bord du grand pectoral; le mamelon lui-même est affecté. C'est, en un mot, une de ces dégénérescences cancéreuses disséminées auxquelles M. Velpeau a depuis longtemps renoncé de toucher; non que la plaie ne soit susceptible de se cicatriser, non que la malade ne puisse même, à la rigueur, guérir. Mais l'observation a montré que cette espèce de cancer récidive infailliblement, de même que le squirrhe ligneux ou tubéreux qui est aussi très commun.

Les tumeurs cancéreuses, comme celles des autres parties du corps, auraient besoin d'être classées et nettement distinguées les unes des autres; tant qu'une bonne classification de cette nature n'aura pas cours obligé dans la science, les difficultés renaîtront pour les praticiens à chaque cas en particulier.

Depuis Bayle et Laënnec on a admis des différences entre les diverses formes de cancers; mais l'arbitraire règne encore beaucoup dans ces distinctions, et ce qui est admis par l'un est rejeté ou au moins considéré comme douteux par l'autre. Ainsi, il en est pour qui toutes les tumeurs peuvent devenir cancéreuses, même les tumeurs fibreuses. M. Velpeau pense, quant à ces dernières, que c'est là une erreur; elles ne reparaissent d'ailleurs pas lorsqu'on les a enlevées.

Parmi les espèces sujettes à récidives, il y a encore une distinction à établir : pour les unes la récidive est douteuse, pour les autres elle est certaine. Ce sont ces dernières qu'il ne faut pas opérer. Commençons par celles-ci. Dans quelques cancers de cette classe, on voit la peau se racornir avec induration, le mamelon se rétracter; tous les téguments semblent être tirés en dedans. Dans une autre variété, que l'on désigne sous le nom de ligneuse, les parties sont dures, offrent des sortes de plaques et ressemblent à de l'écorce. Dans une troisième, la maladie commence par un grand nombre de points à la fois, bien qu'il n'en apparaisse souvent qu'un seul : ainsi, lorsqu'on voit un tubercule à la peau, on peut se tenir pour certain qu'il y en a plusieurs dans le sein. Cette dernière variété est la plus insidieuse, à cause de son apparente bénignité; car il est impossible que la vue et le toucher fassent découvrir cette sorte de semis cancéreux qui est disséminé dans toute la mamelle, encore bien que la palpation mît sur la trace de quelques-uns de ces petits grains cancéreux; mais au-dessous d'eux il en est d'autres plus petits encore qui se dérobent à toutes les recherches. En vain espérerait-on les enlever tous dans une opération d'ailleurs facile; quoi qu'on fasse, il en restera toujours quelques-uns qui seront comme les germes d'une récidive certaine.

Voilà pour les variétés de cancers qui repullulent toujours. Celles dont la repullulation est douteuse peuvent se ranger, d'après M. Velpeau, de la manière suivante :

Le cancer mélanique s'observe rarement au sein, et, quand on l'y voit, il existe d'ordinaire aussi dans quelque autre partie du corps. Toutefois, s'il ne se présente qu'une seule tumeur de cette nature à la mamelle, il faut l'enlever; car cette espèce ne récidive pas toujours.

Il en est à peu près de même du cancer colloïde, lorsqu'il n'existe qu'une seule tumeur.

Le squirrhe proprement guérit aussi quelquefois, mais à condition de n'être pas rameux. Car, quand il envoie des racines dans différentes directions, ce qui lui a valu son nom de cancer, il est bien rare qu'il ne récidive pas; ce qui tient à ce que le mal n'ayant pas de limites tranchées, il est presque impossible de savoir jusqu'où il est nécessaire de porter l'instrument tranchant, pour être sûr de ne laisser aucun germe de repullulation.

Le cancer encéphaloïde est encore une mauvaise espèce, à cause de sa tendance à envahir plusieurs points de l'économie à la fois. Cependant, si la masse de l'encéphaloïde est seule à la mamelle et qu'il n'y ait pas d'apparence qu'il en existe en d'autres régions du corps, on peut tenter l'opération avec quelques chances de succès. Mais ces probabilités de réussite sont bien faibles, puisque M. Velpeau n'a encore guéri qu'une quinzaine de ces tumeurs sur le grand nombre de celles qu'il a opérées. C'est qu'il est facile de se faire illusion sur l'absence apparente de tumeurs encéphaloïdes ailleurs qu'au sein. Il existe souvent dans quelque autre organe de petites tumeurs de même nature que leur peu de volume empêche d'apercevoir et qui ne se trahissent d'ailleurs par aucun symptôme; il s'en trouve fréquemment dans les viscères qu'il est absolument impossible de constater. La récidive de la maladie est certaine dans ces circonstances.

Des faits curieux rapportés par M. Velpeau prouvent que l'opération a quelquefois alors une influence rapidement fatale. Par exemple, on opère un malade; il meurt quinze jours après l'opération, et l'on trouve une quantité de petites tumeurs encéphaloïdes dans les poumons et dans le foie. Un homme portait une tumeur encéphaloïde à la lèvre; M. Velpeau en pratique l'ablation. Cet homme, quoique robuste, vigoureux et se trouvant d'ailleurs dans d'excellentes conditions, meurt quatre jours seulement après l'opération, et l'on rencontre à l'autopsie des milliers de petites tumeurs encéphaloïdes dans le foie. Admettra-t-on que cette immense quantité de petites tumeurs ne s'est développée que dans les quatre jours qui ont suivi l'opération? ou croira-t-on plutôt qu'elles existaient simultanément avec celle de la lèvre? Mais alors comment concilier la santé parfaite de cet homme avec la présence dans le foie d'une si grande quantité de petits cancers? Cette question paraît insoluble à M. Velpeau. Pour ceux qui savent les ressources de tolérance qui existent dans certains organismes à l'encontre des productions tuberculeuses ou autres, il n'est pas douteux que la

dégénérescence n'existât de longue date au foie comme à la lèvre. Il n'est pas douteux non plus que c'est l'opération qui a provoqué prématurément la catastrophe par un éveil funeste sympathiquement imprimé à toutes les tumeurs du foie à la fois.

— Puisque nous sommes sur ce sujet, nous dirons quelques mots sur une distinction à établir dans les récidives de cancers, laquelle tendrait à faire admettre des récidives indiquant une nouvelle opération, et des récidives la contre-indiquant formellement.

Un jeune chirurgien des hôpitaux, M. Maisonneuve, pense que la plupart des récidives de cancers sont dues à ce que l'on a laissé sur place quelques germes ignorés de la maladie. On ne doit pas, selon lui, hésiter à poursuivre opiniâtrément ces repullulations partielles, et l'on arrive souvent, selon lui, à triompher de la maladie avec de la persévérance. Ainsi, tant que la récidive est purement locale, il n'hésite pas à opérer de nouveau, et il lui est arrivé de faire dans ce but jusqu'à sept et même, si notre mémoire ne nous trompe, jusqu'à quatorze opérations nouvelles ou suppléments d'opération; et il a réussi à obtenir des guérisons durables. Mais si la récidive cancéreuse a lieu simultanément ou isolément ailleurs que dans le point primitivement opéré, ce chirurgien pense qu'il faut s'abstenir de toute opération nouvelle.

Hygiène publique.

III. Discours de M. Pariset sur la peste et les quarantaines (suite) (1).

J'oserai le dire encore à M. le rapporteur : ou il fallait donner l'histoire complète des pestes, ce qui est désormais impossible, ou, dans le peu qu'on en a voulu donner, il fallait du moins porter l'exactitude la plus rigoureuse. Cette exacte rigueur ne s'est pas trouvée jusqu'ici ; voyons si elle sera plus loin. « *Au* XVI*e siècle*, dit le rapporteur, *on n'a observé qu'une seule peste en Egypte.* » Une seule? laquelle? car j'en connais plus d'une. Est-ce celle de 1565, qui fut portée d'Alexandrie à Venise, et que je vois sur le catalogue de Gallicioli? Est-ce celle de 1580, de 1581, de 1582, de 1583, qui était à Memphis et au Caire; peste que vit Prosper Alpin, peste qui enleva, dès la première année, 500,000 personnes, entre autres 80,000 jeunes filles, sans compter les serviteurs, les enfants, les chrétiens, les Juifs, et ceux qui, n'étant pas pères de famille, étaient et sont peut-être encore comptés pour rien parmi les Turcs? Cette peste de 1580, dont parle de Thou, vint d'Orient en Italie, en Espagne, dans le nord de l'Europe, puis en France, à Paris, à Laon; on ne savait comment la traiter. Est-ce enfin celle de 1592, que je vois sur la liste du comte Ciantar, et qui fut portée encore d'Alexandrie à Malte? Où donc M. Rossi a-t-il pris ses chiffres? Précisément dans le même temps, le prince Radziwil, que son voyage a rendu si célèbre, visitait l'Orient; il vint en Egypte. Il y apprit que, terme moyen, l'Egypte avait la peste tous les sept ans, et que les Turcs n'en tenaient aucun compte. Il apprit aussi qu'il se faisait chaque année deux voyages d'Egypte à Constantinople et de Constantinople en Egypte, et que les chrétiens et les Turcs se capturaient réciproquement à la mer : d'où l'on voit que pour se propager la peste avait toujours cette double voie de la guerre et du commerce. Aussi fut-ce par 150 prisonniers turcs que la peste fut portée, comme je viens de le dire, à Malte, en 1592. Elle était cette même année en Candie, dans l'armée vénitienne qui combattait les Turcs. Ces données établies, est-il étonnant que, dans le cours de ce siècle, elle ait paru, je ne dis pas dans l'Asie mineure et la Syrie, mais dans la Turquie d'Europe et dans presque toutes les parties de ce continent? M. Rossi n'en compte que 68, j'en ai compté 80; mais si elles y étaient si multipliées, c'est que l'Egypte l'avait, non pas seulement tous les sept ans, comme on le disait au prince Radziwil, mais toujours, mais en permanence constante, comme elle y est encore au moment où je parle. On n'a point de registres en Egypte; je n'en ai trouvé que dans des couvents chrétiens. Ces registres sont très imparfaits; on y voit des lacunes considérables. Les plus anciennes dates ne remontent pas au delà de 1679. Faute de registres, et par conséquent de dates précises, on ne distingue les pestes que par des noms tirés de quelques circonstances particulières; on dit, par exemple, la peste d'Ismaïl-Bey, la peste du Corbeau; ce qui est ne rien dire. Toutefois, si ces papiers ne m'avaient pas dit que la peste était en Egypte en 1696, en 1700, en 1701, personne en Egypte ne me l'aurait pu dire. Avant que M. de Sacy eût traduit le médecin arabe Abdallatif, qui eût jamais soupçonné en Egypte l'horrible famine, ou, si l'on veut, l'horrible peste de 1200 et de 1201? et quel Egyptien parlerait aujourd'hui de la peste ou du scorbut contagieux que vit Joinville dans l'armée de saint Louis? De 1500 à 1600, on a donc eu la peste en Europe; on l'a eue souvent et presque partout. On savait qu'elle venait du Levant, on le savait, on le disait; mais on s'en tenait à cette désignation vague et générale, on n'allait pas plus loin. Mais ces pestes étaient-elles autant de pestes distinctes? Non, sans doute; et voulez-vous un exemple de la singulière façon dont les pestes naissaient les unes des autres, comme on disait que naissaient l'un de l'autre les magnifiques palais d'Alexandrie? Ecoutez ces paroles de Mercurialis : « Dans les années qui viennent de » s'écouler (c'est-à-dire dans les années antérieures à 1576), Constantinople avait beaucoup souffert de la peste. Le mal vint ensuite en Sicile, puis à Trente, à Vérone, à » Mantoue, et, cette année 1576, à Venise, à

(1) Voir le dernier numéro.

» Padoue, puis enfin à Milan. La Transylva-
» nie et même une grande partie de l'Allema-
» gne n'ont pas moins souffert. » J'ajoute que Vicence l'eut à son tour; et dans cette dernière émigration, Massaria, plus explicite que Mercurialis, vous montrera comment se sont faites toutes les autres. C'est un secret que mettent à découvert les six pestes que Félix Plater vit à Bâle dans ce même siècle. Je dis six et non pas sept, parce que la septième n'eut lieu que dans le siècle suivant; car le calendrier des pestes n'est pas comme le nôtre : elles enjambent souvent sur les siècles, et il en est beaucoup qui appartiennent à deux siècles à la fois. Ces six pestes de Plater ont duré seize années; et si je comptais comme on le fait souvent, j'en ferais seize pestes distinctes. Antoine Porti, dans le même temps, en vit une à Rome qui dura quatre ans. Une autre en Italie en avait duré douze. La dernière peste de la Valachie en a duré six; et puisque je dois passer maintenant du XVIe au XVIIe siècle, c'est un exemple analogue qui me servira de transition. En 1596, la peste était en Flandre (c'est Mercatus qui parle); elle fut portée de Flandre en Espagne, à Santander, par des vêtements et des marchandises. Cette même année, chose étrange, elle était à Rennes, où se trouvait la mère de Descartes. Cette dame était grosse; elle vint faire ses couches en Touraine, à La Haye, et là elle mit au monde son fils, le philosophe. Je reprends. De 1596 à 1602, cette peste de Santander se répandit successivement par des fugitifs dans les provinces voisines; elle gagna Tolède, Madrid, Alcala, Séville, la Puebla, etc.; en un mot, elle pénétra dans quatorze grandes villes d'Espagne, et jusqu'à Lisbonne. Voilà donc une peste qui se multiplie par elle-même, et en produit autant qu'elle occupe de lieux différents; remontez à l'origine, vous n'en trouverez qu'une. D'autres exemples vont venir. Dans le XVIIe siècle, dit M. le rapporteur, on ne vit que deux pestes en Egypte; mais dans une lettre écrite en 1671 par M. Tiger, consul de France en Egypte, on lit ces propres paroles : « La peste » est dans presque tous les lieux de ce » royaume. » Et d'une. Ensuite je lis dans les registres du couvent de la Terre-Sainte : « En » 1679, la peste est en Egypte. » Et de deux. En 1686, M. Magy, autre consul, écrivait en juillet : « Voilà trois mois que la peste nous » tient renfermés. » Et de trois. En 1692, M. Maillet écrit de son côté : « La peste rap- » porte au pacha, en trois ou quatre mois, » 2 à 300,000 écus. » Et de quatre. En 1693, l'Egypte ou plutôt la Turquie est en guerre avec les Vénitiens. Des vaisseaux français sont pris de force ou nolisés par les Turcs, pour transporter des troupes d'Alexandrie en Candie; la peste s'embarque avec eux. Et de cinq. Enfin, je lis encore dans mon couvent qu'en 1696 la peste est au Caire. Maillet en parle dans sa correspondance, et Poncet dans les LETTRES ÉDIFIANTES. Comptons : au lieu de deux pestes, en voilà six. Six! c'est bien peu pour une endémie, et le calcul qu'on a fait au prince Radziwil serait-il un calcul faux? Pour moi, je ne sais quelle voix me crie que, dans ce XVIIe siècle, la peste n'a pas plus quitté l'Egypte qu'elle ne l'a quittée dans le XVIIIe, et par-là je comprends ces nuées de pestes qui, dans le cours de ce XVIIe siècle, ont inondé l'Europe, de Naples et Rome jusqu'à Londres, et de Cadix jusqu'à Stockholm. Vingt grandes capitales furent envahies, et sur le bord des mers et dans l'intérieur du continent. Pour embrasser tant de contrées et de villes dans une seule peste, ainsi ramifiée des milliers de fois, il me suffirait d'apprendre qu'une peste s'est en effet montrée avec quelque violence sur un point quelconque de la Turquie d'Europe. Or, en 1613 et en 1623, elle était furieuse à Constantinople et dans toute la Grèce, comme elle le fut plus tard dans les Etats barbaresques; et si celle-ci fut l'origine de la peste qui envahit la Hollande, et par la Hollande une partie de l'Angleterre, c'est à celle-là peut-être qu'il faut rapporter, comme le dit Astruc, ce grand faisceau de peste qui, parti en 1623 de la Turquie, se déploya sur la Pologne, sur l'Allemagne, sur toute l'Europe. Elle entra en France : en 1626, 1627, 1628, elle était à Toulouse et à Lyon; en 1629, à Digne et à Narbonne; en 1630, à Montpellier, où Ranchin la voyait si différente de la peste d'Athènes. Dans le même temps, elle était en Suisse et chez les Grisons; ce sont les Grisons, qui, par des condottieri, la firent passer à Milan. C'est cette peste de Milan où Settala, que nous appelons Septal, fut si maltraité, malgré son âge, son savoir et ses services; c'est cette peste qui forme le touchant épisode du roman de mon ami Manzoni. Qui ne s'étonnerait, du reste, de voir tant de villes de France mutilées si cruellement par un trait lancé pour ainsi dire ou du Caire, ou d'Alexandrie, ou seulement de Constantinople? Mais, au souvenir des catastrophes de la Provence en 1720, 1721 et 1722, on cesse de s'étonner. A l'égard des soixante-sept pestes que M. le rapporteur reconnaît en Europe dans ce XVIIe siècle, je ne contesterai qu'un point : il donne seulement trois pestes à l'Espagne, j'en connais dix-sept; et si je voulais compter celles qui, dans la même année et dans les années suivantes, sont allées d'une ville à l'autre, j'élèverais ce nombre à plus de soixante. Toutes sont exotiques ou étrangères à l'Espagne, sans exception. Il en est qui viennent de pays européens; il en est qui viennent directement du Levant; il en est enfin qui ont été portées en Amérique, jusqu'à Buénos-Ayres, et à six cents lieues plus loin, jusqu'à Lima. C'est peut-être une de ces pestes que rencontra Dower, l'élève de Sydenham, médecin, pirate, et auteur de la poudre qui porte son nom. Il perdit de cette peste une partie de son équipage. C'est le docteur Alsivia, médecin de Mexico, qui a décrit cette peste de Lima. En 1625, on vit quelque chose de semblable aux îles Bermudes, voisines des État-Unis. La peste y fut portée par un ballot de coton; elle y fut cruelle; elle laissa à peine assez de vi-

vants pour enterrer les morts. Tels sont les changements que j'engagerais M. le rapporteur à insérer dans la nomenclature de ses pestes dans le XVIIe siècle, surtout à l'égard de l'Espagne, celle de toutes les nations de la terre qui a peut-être produit le plus d'écrivains sur la peste, et qui, si je ne me trompe, a conservé sur cette maladie tous les sentiments des Orientaux. Et cependant, le dirai-je? à quoi bon cette nomenclature si sèche et si stérile? Quelles lumières peut-elle donner sur l'itinéraire, ou plutôt sur la filiation de toutes ces pestes, c'est-à-dire sur le seul point de cette grande question qu'il importerait surtout de manifester au grand jour? car c'est par-là seulement que les peuples peuvent apprendre ce qu'ils ont à craindre, et les rois ce qu'ils ont à faire: les rois pour être plus vigilants; les peuples pour être plus dociles et plus amis d'eux-mêmes.

Mais c'est surtout dans le XVIIIe siècle que se montre plus sensiblement une étroite liaison entre les pestes de l'Égypte et celles de l'Europe. M. le rapporteur dit que, dans ce siècle, on l'a vue dix-neuf fois en Égypte. Ce nombre, que je suppose donné par M. Rossi, est précisément le nombre que m'a donné le relevé des couvents. M. le rapporteur semble l'adopter; et cependant il produit plus loin la liste qu'un vice-consul de Russie, M. Lavison, tient d'un cheik arabe, et qui a été prise dans les archives de la grande mosquée du Caire. Cette liste réduit à dix les pestes du XVIIIe siècle en Égypte. Quelle est celle de ces deux listes que préfère M. le rapporteur? Toutefois il suivrait de ce second chiffre que l'intervalle moyen d'une peste à l'autre serait exactement de dix années, au lieu que le résultat du premier serait d'un peu plus de cinq. Je remarque aussi que la liste de M. Lavison ne parle point de la peste de 1791, de cette peste d'Ismaïl-Bey qui fut si cruelle. On dit qu'elle fut importée dans des étoffes. Si le fait est vrai, cette peste ne prouverait pas pour l'endémicité, mais elle prouverait pour la contagion. Toutes ces données sont peu sûres. Des recherches plus étendues, faites de 1700 à 1800, m'ont donné, pour l'Égypte, quarante-deux pestes assez graves pour mériter le nom d'épidémies (je ferai voir plus loin ce qu'il faut penser de cette qualification). Par-là la durée moyenne entre deux pestes ne serait que d'un peu moins de deux ans et demi. Il est, à la vérité, de ces épidémies qui se sont succédé sans intervalle douze années de suite; d'autres trois, d'autres quatre, d'autres cinq. Cette somme de vingt-quatre, ou plutôt de vingt, déduite de quarante-deux, réduirait le total primitif à vingt-deux, nombre encore supérieur à dix-neuf. De tous ces chiffres, lequel préférer? J'inclinerais sans balancer pour le plus grand. Si, dans ce XVIIIe siècle, la peste semble plus fréquente en Égypte, c'est qu'elle y a été mieux observée et mieux suivie; et ce siècle est pour moi la fidèle image de tous les autres. M. le rapporteur ne compte dans ce siècle que sept pestes pour la Turquie d'Europe; j'en puis citer quinze. J'élèverais ce chiffre à dix-sept; car, pendant vingt ans de séjour en Orient, Mackensie n'a vu que trois années sans peste. La terrible peste de 1751 venait d'Égypte. Dès 1750 elle était au Caire. M. le rapporteur ne compte pas celles qui ont ravagé (c'est le mot) l'Asie mineure, la Syrie, les îles de la Grèce, les États barbaresques, Tunis, Alger, etc., et de celles-là j'en ai compté trente-neuf; et celles-là, qui me font croire aux quarante-deux de l'Égypte, celles-là, il ne fallait pas les exclure, car ce sont celles-là surtout que l'œil voit naître des pestes égyptiennes, comme on voit un enfant naître du sein de sa mère. Ce que je dis de celles-là, je le dis de toutes les autres. Donnons des exemples, comme j'en ai donné pour la fièvre jaune. En 1701, la peste est au Caire; elle est à Alexandrie; deux navires la portent à Tunis et à Tripoli de Barbarie. Dans la traversée, un de ces vaisseaux avait jeté à la mer 140 hommes morts de peste. En 1702, elle est à Constantinople, où l'a vue Paul Lucas. En 1705, elle est en Égypte; elle va à Constantinople; elle va à Tocat et dans les environs, témoin oculaire Paul Lucas; elle va en Sardaigne; elle va à Tunis. Barcelone le sut et prit ses mesures; elle parut même à Malaga. L'année suivante (1706), elle va dans l'Asie mineure, à Éreiglé, à Tarsous: encore Paul Lucas. L'année d'après, elle va à Tripoli, où elle vient souvent, dit le même voyageur. A partir de ce moment, et même de 1701 à 1716, c'est-à-dire pendant quinze années, comme on le voit dans les annales de Breslau, la peste, dit Kanold, régnait dans toute l'Europe; et dans le cœur du continent, Pologne, Allemagne, Prusse, Holstein, etc.; et dans toutes les villes du Nord, Dantzick, Hambourg, Copenhague, Stockholm, etc. La première peste, ou la peste génératrice, était partie de Constantinople, comme celle de Constantinople était partie de l'Égypte. Telle est la constante, telle est l'invariable progression. Or cette progression, si vous la faites perdre de vue, si vous augmentez les pestes dans l'Occident en même temps que vous les diminuez en Orient, vous conduisez les esprits à supposer que les pestes sont encore plus spontanées dans l'Occident qu'elles ne le sont dans l'Orient: paradoxe que démentent tous les faits historiques, et que renverserait la remarque faite récemment par un illustre orateur, savoir, que vous pourrez toujours suivre la marche des pestes d'Orient en Occident, mais que vous ne les verrez jamais prendre une marche inverse et rétrograder d'Occident en Orient. Je reprends. Nous sommes en 1716. En 1717, et surtout en 1718, la peste est au Caire, comme je l'ai dit ailleurs, si terrible qu'elle tue subitement; en cinquante jours elle enlève deux cent mille hommes. Peu après elle est à Lataquié, elle est à Alep; en 1719, elle est en Chypre et dans toute la Syrie; en 1720, elle est à Marseille; et vous savez tous les maux qu'elle a faits pendant trois années dans toute la Provence. En 1726 et 1727, elle est au Caire et même dans la Haute-Égypte. Le père Sicard, missionnaire si célèbre, en

meurt le 12 avril, comme le disent les LETTRES ÉDIFIANTES ; l'année d'après, en 1728, elle est à Smyrne, à Payas, à Beylan, à Alep; en 1729, dans toute la Syrie; en 1730, dans l'Albanie, la Bosnie, la Dalmatie. En 1731, elle est au Caire; en 1732, à Saint-Jean-d'Acre, à Naplouse, à Rama; en 1733, à Alep. En 1736, elle est au Caire; en 1737, à Smyrne; en 1738 et 1739, dans l'Ukraine et à Odzacow; car alors les Russes et les Turcs se faisaient la guerre. Elle va jusque dans la Hongrie. En 1740, elle est en Egypte, puis à Smyrne, puis elle est portée dans la régence d'Alger par un navire français qui venait d'Alexandrie. L'année suivante (1741), elle est encore au Caire, puis à Ceuta, dans la Morée, dans la Syrie, dans l'Archipel; en 1742, dans le Maroc et la Bosnie, à Alep, où elle était déjà en 1741; elle s'y maintient trois ans de suite; en 1743 et 1744, toujours au Caire, puis dans toute la Syrie, puis à Messine, par un navire arrivé de Patras, où la peste était venue par un autre chemin. A propos de cette peste de 1743 à Messine, et de 1744 au Caire, j'aurais à produire devant vous des singularités étonnantes. Souffrez que je les réserve pour une autre séance. Enfin, pour clore sur ces voyages si uniformes, sur ces transmissions si parfaitement identiques, entre-croisées dans leur cours par des centaines de transmissions latérales, mais où le point initial et primitif est toujours le même, je ne citerai plus qu'un petit nombre de faits. En 1752, la peste fut portée d'Égypte à Alger par des hadjis, c'est-à-dire par des Maures qui revenaient de la Mecque. En 1757, parut au Caire la peste du Corbeau, ainsi nommée parce que la ville presque déserte semblait n'être plus habitée que par des corbeaux. Peu de temps après, éclata en Syrie une fièvre qui avait toute la malignité de la peste, et qui était en effet une peste déguisée, comme on l'avait vu à Vienne en 1712. En 1760, cette fièvre, devenue véritable peste, envahit tout Saint-Jean-d'Acre, et Alep, et Damas, où l'on eut jusqu'à quatre et cinq mille morts dans un jour. Cette même année et l'année suivante (1761), elle fut en Chypre, légère d'abord, puis terrible; elle y enleva vingt-deux mille personnes. Larnaca, que j'ai vue, ne l'eut qu'après février; et là se passa dans la maison du consulat de France un de ces faits qu'Evagrius a signalés le premier, que l'on retrouve dans quelques observateurs, et que je dois également réserver pour un autre moment. Rappellerai-je encore qu'en 1765 un navire français part d'Alexandrie pour Larnaca. Dans la traversée, c'est-à-dire dans un trajet de cent et quelques lieues, sur treize hommes de son équipage, il en perd six par la peste; on le met en quarantaine; le garde de santé que l'on place à bord meurt de la peste. Bel exemple d'infection! oui sans doute; mais nous verrons plus tard ce qu'il faut entendre par un terme si étrange. J'insiste, vous le voyez, sur ce XVIIIe siècle. J'insiste, afin de rendre de plus en plus manifeste ce redoutable lacis que les cruelles mains de la peste ont tissu, pour ainsi dire, entre toutes les nations de l'Europe, pour les envelopper dans les mêmes malheurs; car n'oublions jamais que si les premières années de ce siècle ont été marquées par le désastre de Marseille, ses dernières l'ont été par le désastre de Moscou : deux villes distantes de six cents lieues l'une de l'autre; sous des parallèles ou sous des climats si différents; assises, la première sur le bord d'une mer qui la livrait à la peste, la seconde au centre d'un vaste continent qui devait la défendre; mais toutes deux surprises, l'une par les plus trompeuses apparences, l'autre par la frauduleuse marche d'un ennemi qui se cache, qui se glisse en rampant de village en village et de ville en ville, sur les pas de quelques soldats, de quelques voyageurs, de quelques marchands; mal négligé des deux parts, méconnu, douteux, objet de débats entre les peuples, entre les médecins, entre les magistrats; s'allumant, s'agrandissant à la faveur de ces discordes; et détruisant enfin par la mort de leurs habitants l'opulence et le bonheur de deux grandes cités. N'oublions pas surtout que, de même que tous les autres fléaux de cette nature, ceux-là s'étaient formés et nourris à la même source. C'est uniquement sur ce fait si capital qu'au défaut de M. le rapporteur j'ai voulu attacher votre attention.

Je m'arrête, messieurs; je n'entre point dans la statistique que vous donne M. le rapporteur sur les pestes qui ont paru dans le siècle où nous sommes. Cependant j'y vois des fautes encore plus palpables que dans les précédentes. Par exemple, de 1801 à 1845, il ne compte que huit pestes en Egypte; j'en puis compter vingt et une. Celle de 1801 alla jusqu'en Nubie, jusqu'à Wadi-Haldi, jusqu'au Darfour; celle de 1810 s'étendit de Bourlos à Syène et d'Alexandrie à Suez, c'est-à-dire de l'est à l'ouest et du nord au midi de toute l'Égypte. Celle de 1818 fut portée d'Alexandrie à Tanger par un navire anglais, comme celle de 1784 l'avait été d'Alexandrie à Tunis par le capitaine Gantheaume; et de même que M. le rapporteur n'a point parlé de la peste portée en Syrie du temps de l'armée française, de même il ne dit rien de la peste de l'armée égyptienne dans la Morée. Du reste, messieurs, des statistiques! à quoi bon? J'ai le malheur de ne rien comprendre à de telles superfluités, lesquelles s'effacent de la mémoire comme elles s'effacent de l'air aussitôt qu'on les a prononcées. Ce n'est pas le nombre des faits qui m'intéresse; ce n'est pas cette multitude anarchique qui m'éclaire : ce sont les rapports que les faits ont entre eux; et surtout, ici, ce sont les liens de dépendance et de succession qui les enchaînent et les subordonnent. Je ne m'arrête pas non plus à ces prétendues pestes spontanées du Bas-Danube et d'Erzeroum. On m'écrit de Constantinople que ces pestes n'ont jamais existé et n'existeront jamais. Pour moi, je ne puis concevoir qu'un pays élevé, montagneux, inégal, de température très variable, quelles qu'en soient la

misère et la malpropreté, puisse jamais engendrer la peste. Telle est la ville d'Erzeroum. Elle appartient à l'Arménie, et jamais l'Arménie n'aura spontanément la peste : si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. Il en est de même du Liban et de toute la Syrie : si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. La Syrie ne l'a jamais eue qu'après l'Egypte et par l'Egypte. C'est une vérité reconnue dans tout l'Orient, sur laquelle je reviendrai plus tard. Quant au Bas-Danube, qui, avec le Prouth, arrose la Valachie et la Moldavie, il suffit du voisinage des Turcs pour que ces pays aient la peste et la donnent à la Transylvanie, ainsi que Lange l'a formellement déclaré. Est-il nécessaire, messieurs, que, sur cette première partie du rapport, je vous propose une conclusion? Oserais-je la recommander à vos suffrages? J'y trouve si peu d'ordre, si peu de rapport à la question principale, tant de répétitions, de transpositions, de contradictions, tant d'opinions hasardées ou fausses, par exemple, sur l'action des marais qui n'ont jamais produit la peste, sur l'action de la civilisation qui la produirait, au contraire, puisqu'elle s'applique sans cesse à la prévenir, même dans son propre sein, tandis que les hommes incivilisés ou les sauvages ne l'ont jamais; j'y vois encore une érudition si fautive, que pour cela seul il serait à propos, ce me semble, de renvoyer à la commission toute cette partie du rapport, afin qu'elle en reçût des modifications profondes et une rédaction plus correcte, plus digne de vous, et j'ajoute plus digne de M. le rapporteur lui-même.

Quant aux parties essentielles de la question, savoir : l'endémicité, la contagion, l'infection, l'incubation, et ce qu'on appelle si étrangement le génie épidémique, c'est sur ces différents points que je prépare des remarques que j'aurai l'honneur de vous soumettre prochainement.

Les remarques que j'ai promis de vous exposer dans cette séance (1) porteront sur l'endémicité de la peste, sur la contagion de cette maladie, sur ce qu'on appelle infection, sur la durée de l'incubation, et sur ce génie épidémique dont on fait tant de bruit. Je serai court, ou je tâcherai de l'être, sur chacun de ces articles, parce qu'il est plus que temps de mettre un terme à la discussion qui vous occupe.

Toute endémie suppose dans la contrée qu'elle affecte des causes qui l'ont fait naître et qui l'entretiennent. Chaque endémie a ses causes propres : la peste a les siennes; et si nous parvenons à déterminer quelles sont ces causes, nous n'aurons plus qu'à chercher s'il est dans le monde une contrée où ces causes sont permanentes, et où, après avoir produit de premières pestes, elles en ont produit de subséquentes, et en produisent encore de nos jours. Après quoi, nous chercherons s'il est quelque moyen praticable de faire disparaître ces causes et d'en éteindre pour jamais l'activité.

Posons d'abord quelques vues théoriques. Toute maladie aiguë se compose, selon moi, de deux éléments : l'un que j'appelle état maladif, l'autre que j'appelle acte maladif. Le premier consiste dans les altérations que subit l'intime composition de nos parties; le second, dans les efforts que déploie le principe dont nous sommes animés pour éliminer ce qui le gêne, et ramener l'économie à son état primitif de santé.

Supposons qu'il n'existe aucune peste. Comment se forme l'état maladif de la première? Rappelez dans vos esprits ce que vous apprend sur ce point l'expérience universelle. Jamais avec un air pur, avec une eau pure, avec une terre salubre, avec des aliments sains et pris dans une juste mesure, vous ne produirez dans l'économie de l'homme et des animaux ces étranges mutations qui donnent la mort ou provoquent un état maladif, ou une réaction quelle qu'elle soit. L'excès de la nourriture ou la disette, l'excès de travail ou de repos, les inégalités de la température, etc., donneront des maladies; mais jamais vous ne verrez sortir de là ni peste, ni rien de semblable à la peste.

Pour produire l'état maladif de la peste ou les états similaires, il faut que l'air, l'eau, la nourriture, fassent pénétrer dans notre intérieur quelques éléments étrangers, et ces éléments sont les effluves, les émanations, les miasmes qui s'échappent des cadavres putréfiés des animaux, et surtout des cadavres de l'homme. Ce n'est pas moi qui vous parle; ce sont les écrivains les plus respectables : Ambroise Paré, Joubert, Diemerbroëck, Sennert, Lancisi, Ramazzini, Zacchias, Pringle, Huxham, Haller, Sauvages; ce sont les observateurs les plus dignes de foi : Haguenot, Maret, Navier; ce sont les magistrats les plus éclairés de deux grands parlements; ce sont les dangereuses fièvres, ce sont les accidents affreux que l'on a vus à Paris, à Versailles, à Dunkerque, à Dijon, à Saulieu, à Riom, à Ambert, à Montpellier, à Marseille, et dans la capitale même du monde chrétien, à Rome; ce sont des historiens, des physiciens, des philosophes; ou plutôt c'est le cri de tous les siècles, depuis Moïse jusqu'à nous. A la vérité, dans les lieux que je viens de citer, et dans tous les lieux de l'Europe où existent des causes analogues, ces causes ne sont nulle part assez énergiques pour produire de véritables pestes, si ce n'est très rarement, dans des cas tout sporadiques, et même sans qu'on ait quelque raison de s'en douter, comme l'a dit de Haën; parce qu'en effet on n'y voit rien de contagieux. Mais si dans notre Europe ces causes sont balancées par d'autres causes, soit par les variations quelquefois si brusques de la chaleur et du froid, de la sècheresse et

(1) Cette suite du discours de M. Pariset a été prononcée dans la séance du 14 juillet. C'est à cette circonstance qu'il fait allusion à la fin de l'alinéa précédent et au commencement de celui-ci.

de l'humidité, soit par la pente des terres, par une propreté plus générale, par une nourriture meilleure et plus abondante, et surtout par la qualité des terres où se décomposent les cadavres; si, de façon ou d'autre, ces causes ne s'élèvent pas jusqu'à donner la peste, elles donnent du moins ce qui la prépare; elles en donnent les préliminaires, et presque les équivalents, c'est-à-dire les suffocations, les syncopes, les morts subites, les ophthalmies, les céphalalgies, les vomissements, les soifs dévorantes, les diarrhées, les dysenteries, les adynamies profondes, les flux sanguin et biliforme, les vergetures, les tumeurs, et ces fièvres pétéchiales, malignes, nerveuses, si voisines de la peste; et ces exanthèmes universels que voyait Diemerbroëk, et que j'ai vus moi-même en Syrie; ainsi de suite; car, dans la contrée où la peste est endémique, ce sont ces mêmes accidents, ce sont surtout les fièvres de mauvaise nature, les pétéchies et les tumeurs qui se présentent de partout, soit pour annoncer une peste prochaine, soit pour en tenir lieu, soit enfin pour s'associer, et s'associer très diversement aux symptômes qui caractérisent cette cruelle maladie : tellement que de cette suite ou de cet ensemble d'actions se forme une peste continue, qui, prenant telle forme ou telle autre, se perpétue et ne s'arrête jamais.

J'ai parlé tout à l'heure de la qualité des terres où sont déposés les cadavres, parce qu'en effet, deux terres différentes étant données, les cadavres ne s'y décomposent pas de la même manière, et par conséquent ne donnent pas des émanations identiques. Il est des îles, dit Ortelius, où les cadavres sont à l'abri de la corruption. Vicq-d'Azyr a vu à Toulouse deux églises où les cadavres se conservent en se desséchant. J'ai visité le caveau de l'église des Cordeliers. On y respirait librement; l'odorat n'y était point offensé. Des centaines de corps s'y étaient momifiés. Les liquides en avaient été vaporisés par la chaleur et absorbés par les murailles. De quelle nature sont ces pierres? Dans la Troade, dans la Lycie, et dans d'autres contrées d'Orient, au rapport de Pline, il est des terrains où les cadavres sont promptement consumés. Je tiens d'un habile chimiste, M. Danger, qu'ensevelis dans des terrains argileux, ou calcaires, les cadavres n'entraînent presque aucun inconvénient. Enfin, messieurs, de même que, parmi les êtres vivants, le corps diffère du corps, selon la parole d'Hippocrate, de même aussi le cadavre diffère du cadavre. Rappelez-vous ce que dit Ammien Marcellin sur la décomposition différente des cadavres des Romains et des cadavres des Perses, après la bataille d'Amide. N'est-ce point parce qu'ils avaient appartenu, ceux-ci et ceux-là, à des hommes différemment composés? Mais en quoi consiste cette différence? C'est ce qu'on ne sait pas; c'est ce qu'on ne saura peut-être jamais. Lorsqu'en 1783 on fit à Dunkerque l'exhumation des cadavres de l'église de Saint-Éloy, quels contrastes étonnants! Trois hommes momifiés étaient là depuis cent cinquante-sept ans. Le papier doré, le laurier qui leur servait de couronne, étaient parfaitement conservés. Rien ne pouvait expliquer cette momification. A côté d'eux se trouvait le corps d'un homme mort de fièvre putride et enterré depuis douze ans. Il était aussi entier et aussi infect que le premier jour. Des cadavres d'hommes morts de variole ont donné des varioles mortelles. Étrange fait qui sous les yeux de M. Chaussier s'est renouvelé à Paris dans l'église des Cordeliers. Une femme morte de variole et inhumée depuis cent ans a donné la variole à deux enfants qui s'étaient approchés de son cercueil. Quelle singulière persistance dans ce principe de maladie! Est-il nécessaire de reproduire ici ce qu'on a pu voir de nos jours, lorsqu'on a déplacé le charnier des Innocents, contre lequel tant de plaintes s'étaient élevées depuis Fernel et Baillou? Maintenant, messieurs, combinez dans vos esprits les variétés dans la composition des cadavres avec les variétés dans la qualité des terres, sans parler de tant d'autres variétés, dans la température, dans l'humidité, dans la pression, etc.; voyez quelle inépuisable source de produits divers, les uns indifférents, les autres horriblement dangereux. Quel champ immense s'ouvre ici aux recherches de la chimie! Nous verrons dans un moment à quoi ces considérations peuvent nous conduire.

Si donc, par une probabilité presque aussi forte qu'une vérité démontrée, il est reconnu que les émanations ou les miasmes des cadavres, et surtout des cadavres humains, sont les causes génératrices de la peste, ou du moins de cet état intérieur, de cette sorte d'empoisonnement qui, par la réaction vitale, va tout à l'heure en provoquer les symptômes, il ne reste qu'à déterminer s'il est sur la terre un point qui réunisse ces causes avec assez de persistance et d'énergie, non-seulement pour produire la peste, mais encore pour la produire d'une manière soutenue, et en quelque façon perpétuelle; en d'autres termes, s'il est un point sur la terre où la peste soit endémique, ou comme attachée au sol et à la population. Pour nous guider dans cette recherche, nous prendrons les hommes les plus éclairés. Tous vous montrent du doigt l'Orient comme le berceau de la peste. Toutefois, dans l'Orient, à quelle région nous arrêter? A la Syrie? Mais la Syrie est une des contrées les plus saines de la terre. Seulement, vers le nord, elle a Scanderoun que l'on dit flanquée de marais. Or, dans le cours du dix-huitième siècle, c'est uniquement en 1761, lorsque la peste était dans tout l'empire ottoman, que Scanderoun l'eut pour la première fois; encore lui fut-elle apportée : ce qui détruit la folle supposition que les marais concourent à la génération de la peste. Jamais la peste en Syrie ne commence par l'intérieur du Liban, de cette longue chaîne dont les pieds sont presque partout lavés par la mer. La peste commence toujours par quelque ville maritime, ou voisine de la Méditerranée :

Byass, Antioche, Tripoli, Beyrout, Seyde, Tyr, Saint-Jean-d'Acre. Ces ports sont ouverts à toutes les nations. Jamais navire venu de l'Occident ne leur a donné la peste; c'est au contraire la Syrie qui la leur donne; mais elle ne la donne que parce qu'elle l'a reçue; et sauf les cas fort rares où par un long détour elle l'a reçue de Constantinople, c'est toujours de l'Égypte qu'elle la reçoit : fait capital constaté par les archives de tous les consulats européens, et par les registres de tous les couvents de la Terre-Sainte. J'ai vu la Syrie en 1829. La peste y était depuis 1827. Deïr-el-Kamar, la capitale, située sur un plateau très élevé, dans le cœur même du Liban, Deïr-el-Kamar l'avait eue des villages du Béquâ. Ces villages l'avaient reçue de Damas; Damas l'avait reçue d'Alep; Alep d'Antioche; Antioche de Tarsous, dans l'Asie mineure; Tarsous de Constantinople, qui l'avait depuis 1823; et Constantinople de l'Égypte, d'Alexandrie, que la peste n'a pas quittée de 1813 à 1825. J'aime à revenir sur ces généalogies, parce que, à mon avis, pour la connaissance de la peste, rien n'est plus significatif. Je reviens à Deïr-el-Kamar. Cette ville, en 1827, perdit 700 des siens, partie pendant les vives chaleurs de l'été, partie sous les neiges de l'hiver. Et puisque les récits sont pardonnables à mon âge, vous me pardonnerez celui que je vais vous faire. Un père de famille, un vieillard de soixante-dix-sept ans, About-Habbout, avait huit enfants, cinq garçons et trois filles. Un des jours de la fin d'octobre 1827, vers quatre, cinq, six heures du soir, les voilà tous les huit malades de la peste. Six étaient morts avant minuit. Les deux autres moururent vers le matin. Le jour venu, le malheureux père, malade lui-même, met sur des ânes les cadavres de ses enfants, et les conduit au lieu de la sépulture; il les conduit à pied, gémissant, récitant les litanies de la Vierge, et s'écriant de temps en temps : Hélas! hélas! pourquoi eux et pas moi? Il arrive, il creuse les fosses, il enterre ses huit enfants; et, vers dix heures, il tombe sur le bord de la fosse, et rend le dernier soupir. Toute une famille de neuf personnes détruite en dix-huit heures! La peste à Deïr-el-Kamar! La peste qui dépeuple des villages tout entiers sous les glaces du Liban! La peste à Balbeck (elle y était en 1815 et 1816); à Balbeck, où les eaux sont si vives, l'air si pur, la végétation si riche, la population si peu nombreuse, au milieu de tant de ruines magnifiques! N'est-il pas clair que la peste n'est là que parce qu'elle y a été portée? que parce qu'elle est transmissible? que parce qu'elle est contagieuse? Concluons que la Syrie n'a jamais produit, et ne produira jamais la peste, et que cette affreuse maladie n'y saurait être endémique.

PARISET.

(La suite au numéro prochain.)

Syphiliographie.

III. Des maladies vénériennes (suite) (1).

(*Extrait des leçons cliniques de M. le docteur Ricord à l'hôpital du Midi.*)

CHAPITRE DEUXIÈME.

§ I. *Du chancre; lieu où il se produit. Doctrine de l'incubation; valeur de ce mot en syphilis. Le chancre est avant tout une manifestation locale. Evolution d'une pustule d'inoculation.*

§ II. *Type du chancre, description; deux phases bien distinctes*; a. *période de progrès, caractères*; *mécanisme de la sécrétion du pus virulent; sphère d'activité de la virulence; marche, durée.* b. *Période de réparation. — De la recrudescence; de la récidive.*

§ I. Mis dans les conditions d'action que nous venons d'énumérer, le pus virulent, cause spécifique de la syphilis, reproduit fatalement l'accident primitif. Ce symptôme obligé, le premier de tous, conservera pour nous le nom de *chancre* sous lequel il est le plus généralement connu. Se reproduit-il dans le point même de nos tissus où a été déposée la cause spécifique, ou bien, comme des observations inexactes tendraient à le faire croire, en un point quelconque de la surface de corps plus ou moins éloigné de celui où s'est fait le contact infectant? L'expérimentation et l'observation nous montrent constamment l'accident produit là où est déposée la matière virulente; de quelque mystère que s'enveloppent les faits de contagion ordinaire soumis à votre observation, cherchez bien, questionnez adroitement, et toujours vous arriverez à la même conclusion.

Le pus virulent, ainsi déposé sur un point de nos tissus, entre-t-il en action *instantanément*, ou après un sommeil plus ou moins long, une *incubation?* Cette dernière opinion a été admise jusqu'à présent par analogie dans les maladies qui nous occupent. De ce que certaines maladies virulentes ne se développent qu'après une incubation obligée, on a conclu que la syphilis devait comme elles ne se manifester qu'après un temps variable écoulé sans travail apparent, de quelques heures à quelques jours, même de quelques semaines pour certains auteurs (v. Benj. Bell); pourquoi pas de suite des mois, des années? Un examen superficiel des faits de contagion ordinaire tend à confirmer dans l'erreur ceux qui, prenant uniquement le dire du malade pour guide, s'obstinent à rapporter le début du chancre au premier signe donné de sa présence, quatre ou cinq jours après le coït infectant et quelquefois plus tard; mais le coryza, la pneumonie, sont-ils caractérisés dès les

(1) Voir les numéros des mois de juin, juillet et septembre.

premières heures qui suivent l'action de la cause? Et pour cela qui songe à leur accorder une spécificité quelconque? Eh bien! le chancre, comme beaucoup d'autres affections, parcourt nécessairement, avant d'arriver à l'état parfait, différentes phases qui séparent la période initiale de cet état; il n'est pas tout d'un coup chancre, ulcère spécifique. Et quand on démontrerait dans le chancre une incubation réelle, y pourrait-on voir quelque chose de particulier, de spécial au virus syphilitique, en conclurait-on justement à la nécessité d'une impression, puis d'une réaction générales, allumant le travail local, la manifestation produisant le chancre? Pas plus que pour expliquer le mode d'action de médicaments puissants et fréquemment employés, le tartre stibié, les cantharides, l'ammoniaque, qui, appliqués sur la peau, n'ont point un effet immédiat, instantané.

De ce que cette doctrine d'une action générale antérieure à tout accident local est admise pour la vaccine, est-on en droit de conclure à sa nécessité en syphilis? Non certes; et d'ailleurs les partisans même de cette doctrine y ont si peu de foi qu'ils n'oseraient affirmer que tel individu est vacciné s'ils n'ont constaté des pustules: or, si l'effet général est toujours et nécessairement produit, à quoi bon son conséquent, l'accident local? Mais il faudrait au contraire combattre par tous les moyens possibles cette action éliminatrice. Hâtons-nous de dire, au reste, que les bons observateurs admettent aujourd'hui dans l'inoculation de la vaccine et dans celle de la syphilis un effet local antérieur à tout autre.

L'action productrice du chancre est donc tellement immédiate et locale, que l'intervention d'une modification générale est non-seulement inutile, mais nuisible à la compréhension de ce phénomène. D'ailleurs comprendrait-on, si cette modification générale était réelle, comprendrait-on que l'inoculation dût être nécessairement suivie d'accidents locaux pour produire des accidents généraux? Si les accidents locaux, *sine quâ non*, sont l'effet de ce *choc en retour* donné par l'organisme, pourquoi viennent-ils toujours se manifester juste au point par où pénétra le virus et non à quelques millimètres en deçà ou au delà, ou partout ailleurs? C'est, a-t-on dit, que le mouvement éliminatoire se manifeste de préférence là où existe une irritation préalable: mais si cela est, pourquoi de deux piqûres, l'une d'*inoculation*, l'autre *simple*, faites en même temps, pourquoi la première seule voit-elle se développer la pustule caractéristique? On a invoqué dans cette plaie virulente une stimulation spécifique, etc... Oui, je le crois bien, il y a là de spécifique une *graine*, qui, mise dans des conditions convenables, se développe et produit; tandis que de l'autre côté il n'y a rien, rien qu'une plaie simple.

Je comprends au contraire qu'on invoque la nécessité d'un travail local modificateur du tissu où tomba le virus, incubation locale, véritable *germination*, comme pour le tartre stibié, les cantharides, etc.: en dehors de toute expérimentation, dans la pratique, ne voyons-nous pas le malade le plus soigneux de lui-même, le plus minutieux, ne rien signaler pendant les deux ou trois jours qui suivent l'infection? C'est qu'alors les premières phases de l'évolution du chancre, si peu marquées chez la plupart, passent inaperçues; nous demandons seulement qu'il soit tenu compte de la période à laquelle est arrivé l'accident primitif lorsque se présente le malade; son aspect accuse en effet quatre, cinq, six jours de date et souvent plus, quand le malade le fait remonter à vingt-quatre ou quarante-huit heures seulement; rapprochez, en outre de cette appréciation de l'âge du chancre, la date des coïts antérieurs, vous arriverez à une presque certitude dans cet ordre de faits. Les exemples assez rares d'incubation (1) plus longue (10 et 15 jours) doivent être rapportés à l'absence de celles des conditions d'action du virus inhérentes aux tissus qui vont s'infecter; la matière virulente déposée sur eux reste ensevelie dans leurs plis, souvent faute de soins de propreté, attendant qu'une excoriation fortuite, l'embouchure d'un follicule, etc., vienne lui livrer passage. Il y a donc là une longue *préparation*, une apparence d'incubation, mais qui se passe sur une surface, sans modification des tissus pour recevoir l'action du virus.

La cause spécifique de la syphilis soumise à l'expérimentation et attentivement étudiée présente, dans l'évolution de ses effets, l'ordre suivant: premier jour, le point piqué rougit par le fait d'une irritation purement mécanique due à la piqûre; dès le deuxième, à cette irritation s'en ajoute une autre spécifique, due à l'action du virus et que nous comparerions volontiers à l'irritation déterminée par la présence d'une épine logée dans la plaie qu'elle vient de faire; déjà un peu de tuméfaction qui, accompagnée de rougeur, donne, dès le troisième jour, à la piqûre la forme papuleuse; et, du troisième au quatrième jour, sécrétion d'une sérosité plus ou moins trouble, ce qui donne à la tumeur la forme d'une vésicule ou d'une pustule psydraciée, dont le sommet moins élastique, plus résistant que les autres parties par le fait de la cicatrice qu'il porte, reste déprimé, ombiliqué à la manière d'une pustule de vaccin. Les jours suivants, la vésicule ou pustule, se développant, passe le plus souvent à l'état franchement pustuleux, quelquefois à celui de véritable bulle pemphygoïde beaucoup plus large que l'ulcération. La rougeur diffuse qui l'accompagnait d'abord se circonscrit de plus en plus et finit par former une auréole d'un rouge plus ou moins intense suivant les individus, mais dont la largeur mesure le décollement des bords de l'ulcère. Si la pustule n'est pas ouverte vers le sixième jour, son contenu se concrète, sa surface se fane et se ride, et une croûte apparaît qui, si elle n'est pas détruite,

(1) Nous savons maintenant quel sens attacher à ce mot.

est soulevée par une autre un peu plus large, puis par une troisième et ainsi de suite, de manière à former bientôt un cône tronqué qui a pour sommet la croûte la plus ancienne; un peu avant ces modifications, les tissus sous-jacents, qui n'avaient encore subi aucune influence ou qui étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et durcissent. Voilà pour l'extérieur; mais si dès le troisième jour la pustule est ouverte, on y trouve souvent une ulcération nette, parfaitement ronde et intéressant toute l'épaisseur de la peau, à fond gris, à base légèrement épaissie, dont les bords un peu décollés dans leur pourtour, comme nous l'avons dit, paraissent à la loupe dentelés à la manière d'une scie et de la couleur du fond; quelquefois même à cette époque l'ulcère est térébrant. Il y a donc là, au lieu d'une incubation, un travail non interrompu, aussi actif, aussi prompt dans ses effets qu'aucun autre. Si on laisse librement marcher la maladie, elle s'arrêtera nécessairement à des limites d'étendue infranchissables hors de certaines conditions idiosyncrasiques.

§ II. Quelle que soit la source du chancre, son évolution est précédée ou s'accompagne de quelques symptômes autres que ceux signalés plus haut. Quelquefois dès le début se fait sentir un *prurit* âcre, une démangeaison vive, qui peut persister jusqu'aux dernières périodes : la *douleur*, ordinairement légère, n'est éveillée le plus souvent que par des causes extérieures variées, le coït surtout, causes qui mettent alors en lumière un chancre dont la présence avait été ignorée jusque-là (1). — Une *suppuration*, plus ou moins abondante à la vérité, est la condition *obligée* de toute ulcération syphilitique, le véhicule de la cause spécifique et le moyen de reproduction du chancre; elle est fournie, en vertu des conditions anatomiques de l'ulcération, par une doublure, un fond particulier aussi différent de la membrane pyogénique ordinaire, de l'eschare, de la gangrène, que son produit l'est des sécrétions fournies par les plaies communes. C'est ce que nous avons appelé un *organe accidentel de virulence*, par une métaphore vraie puisque sa sécrétion n'a d'analogue ni dans la physiologie, ni dans la pathologie. Qu'on le considère comme un être nouveau implanté dans nos tissus, ou de toute autre manière, deux faits subsistent : sécrétion par l'ulcération syphilitique d'une matière sans analogue dans l'économie saine ou altérée, et possibilité de reproduire à l'infini l'ulcération par cette matière seule.

L'ulcère syphilitique établi présente deux périodes bien distinctes : la première, seule virulente, de durée variable, comprend les phases de progrès ou d'augment, et d'état; c'est la *période reproductrice* par excellence. — Dans la deuxième, période de neutralisation, de déclin, l'ulcère perd ses propriétés spécifiques et montre une tendance marquée à la *réparation ;* que celle-ci s'accomplisse normalement ou que l'ulcère se transforme, il ne s'inocule plus.

a. L'ulcère à cette première période intéresse toute l'épaisseur de la peau ou de la muqueuse; son fond grisâtre est formé par une matière lardacée, quelquefois pultacée, et qu'on ne peut détacher en l'abstergeant; les bords taillés à pic et parfaitement circulaires, bien que finement dentelés quand on les regarde à la loupe, et revêtus d'une couche analogue au fond, sont décollés dans une étendue variable, toujours accusés par la largeur de l'auréole d'un rouge luisant qui les entoure : ils sont le siége d'un engorgement et d'une induration semblables à ceux de la base, ce qui les relève en les renversant un peu, d'où l'aspect infundibuliforme de certaines ulcérations au début. — Ces caractères sont-ils absolus? Non; en effet, l'ulcération peut ne point entamer toute l'épaisseur de la muqueuse ou de la peau, et n'a pas alors les bords épais, décollés, à l'*emporte-pièce;* en outre, elle n'est pas nécessairement arrondie, sa régularité de formes étant soumise à la nature des tissus sur lesquels elle se développe, à la disposition des parties : ainsi, là où le tégument forme des plis nombreux, là où il change de nature, elle s'étend de préférence dans le sens où elle rencontre le moins de résistance ou le plus d'affinité...; mais le caractère fatal, obligé, pathognomonique du chancre à cette période, c'est de sécréter un pus inoculable. Sans ce critérium, un œil exercé, s'aidant des antécédents, de la marche, etc., de l'accident, peut certainement arriver le plus souvent à un diagnostic rationnel, mais absolu jamais.

Si la sécrétion du pus virulent peut être établie, comme nous l'avons dit, vingt-quatre heures après l'inoculation (remarque importante au point de vue de la prophylaxie), c'est le plus souvent au bout de deux et surtout de trois jours que nous avons trouvé dans les pustules d'inoculation du pus virulent. Ce pus est-il le produit d'une sécrétion de surface? ou contracte-t-il ses propriétés après coup, sous l'influence de l'air et des agents extérieurs? Cette hypothèse a pu prévaloir jusqu'à nous, appuyée surtout sur la mauvaise interprétation de ce fait presque constant, que le pus d'un bubon qui ne s'inocule pas lors de l'ouverture fournit quelques jours plus tard la pustule caractéristique. Mais l'explication erronée de Cullerier a dû tomber devant l'examen attentif de ces faits, d'après lesquels nous affirmons que la virulence du pus existe dans nos tissus indépendamment du contact de l'air et de tout mélange extérieur. (Pour l'exposé des expériences voir plus loin l'histoire du bubon, et notre Traité pratique des malad. syphil.)

Mais où se passe donc ce travail? Dans la couche pultacée, dans cette membrane pyogénique spéciale qui tapisse le fond et les bords de l'abcès; cependant son ablation ne détruit pas la virulence de l'ulcère qui, continuant à travailler spécifiquement, a bientôt remplacé la partie enlevée, laquelle reprend

(1) J'ai pu constater maintes fois ce fait, surtout pour des chancres indurés. E. C

aussitôt ses fonctions : ce n'est donc point un travail de surface, du moins d'une manière absolue, puisqu'il envahit dans un certain rayon l'épaisseur des tissus : cette circonscription est la *sphère d'activité de la virulence ;* oscillant entre de certaines limites qu'elle ne franchit jamais, elle se développe en raison directe de la durée de l'ulcère qu'elle entoure, de façon qu'au huitième, dixième ou quinzième jour de l'ulcération, toute plaie faite à un pouce de ses bords ou au delà est hors de sa sphère d'activité et ne travaille point spécifiquement à moins d'inoculation directe. L'ablation de l'ulcère spécifique pratiquée à cette distance dans les tissus sains, véritable énucléation, ne laisserait qu'une plaie simple.

Pour nous résumer : 1° la virulence du pus du chancre n'est pas produite après coup, par des influences extérieures; 2° elle est l'ouvrage d'une sécrétion spéciale exercée dans la profondeur de nos tissus, mais dans des limites bornées; 3° enfin son principal organe est la pseudo-membrane du fond du chancre, première sécrétion plus solide, plus complète, destinée à reproduire à son tour la cause de la contagion, l'essence de la vérole.

La marche du chancre-type, régulier, à la première période est subaiguë, lente; ses dimensions rapidement circonscrites varient entre celles d'un *pois cassé en deux* (Bell) et d'une pièce de *un franc*, très rarement au delà; à ce point il tombe dans le *statu quo.*

Jamais nous n'avons vu de chancre guérir spontanément dans le premier septénaire; donc tout chancre sera inoculable pendant au moins 7 jours à partir de son invasion; mais le plus ordinairement il dure un mois, un mois et demi, quelquefois trois mois ou davantage, sans qu'on puisse évaluer sa durée moyenne; le plus long que nous ayons vu était encore inoculable après sept ans de durée *continue*: il fut guéri dans ce service. Quelle que soit l'époque à laquelle la guérison survienne, spontanément ou par les efforts de l'art, elle est précédée d'une transformation nécessaire en vertu de laquelle le chancre perd sa virulence, et que nous allons étudier.

b. Période de réparation.—Les bords, naguère décollés, renversés, s'abaissent vers le fond de l'ulcère et se recollent; leurs dentelures disparaissent, l'auréole d'un rouge sombre pâlit et s'efface; la couche membraneuse s'élimine, et, à mesure que le fond de l'ulcère se déterge, des bourgeons charnus de bonne nature y remplacent la membrane pyogénique; bientôt un cercle gris-perle a remplacé l'auréole et, le travail réparateur continuant, la cicatrice marche de la circonférence au centre; elle se termine. Ordinairement déprimée, inodulaire et ridée comme toute cicatrice de plaie avec perte de substance, elle est quelquefois tout-à-fait au niveau des tissus, et parfois, mais rarement, saillante et gauffrée. Toutes finissent par disparaître complètement sur les muqueuses. Dans les cas ordinaires, les phases de cette période sont très rapides, la plaie rentrant dans les lois générales. — Telle est la terminaison du chancre régulier, simple, resté local.

La *recrudescence* (le retour de la 2e période à la 1re) est à craindre tant que la surface de l'ulcère garde un seul point gris, d'apparence spécifique; elle pourra se faire non-seulement sur tous les points *réparés*, mais sur des tissus sains jusque-là; ce chancre renaît pour ainsi dire de ses cendres.— Mais la *récidive* (réapparation de la virulence dans un ulcère complètement réparé ou *à fortiori* cicatrisé) est impossible sans une nouvelle contagion.

CHAPITRE TROISIÈME.

VARIÉTÉ DU CHANCRE.

§ 1. *Variétés de siége.* — § 2. *Variétés de début.* — § 3. *Variétés propres à la période de progrès. Quelques mots sur leur cause. Art.* 1er. *Chancre superficiel. Art.* 2. *Chancre phagédénique. Art.* 3. *Chancre induré.* — § 4. *Variétés propres à la période de réparation.*

§ 1er. *Variétés de siége.*—Certains chancres se développent sur des surfaces libres, découvertes; ils sont *patents;* d'autres, cachés dans des cavités naturelles, sont dits *larvés.* Ceux du tégument externe, desséchés par le contact de l'air, si on les y laisse exposés, se couvrent d'une croûte particulière déjà décrite et qui leur donne assez bien l'aspect d'une pustule d'ecthyma ou de rupia. — Le chancre des muqueuses au contraire, sous l'influence de frottements et d'une humidité continuels, se développe à découvert, se rapproche plus ou moins du chancre d'inoculation. Selon qu'il est déposé sur des tissus homogènes ou hétérogènes, le chancre s'arrondit régulièrement ou pousse çà et là des prolongements dans le sens où il rencontre le moins de résistance.

Outre certaines complications dépendant de conditions idiosyncrasiques, inflammatoires, de gangrène, et communes aux deux périodes du chancre, nous signalerons les suivantes comme inhérentes parfois au siége, à la marche de la plaie. L'hémorrhagie, accident fréquent des ulcères en progrès et siégeant sur des parties riches en vaisseaux, est presque inouïe chez nous, en raison sans doute de la résistance qu'oppose en général à l'extension de l'ulcération spécifique la différence des tissus, résistance marquée surtout dans les tuniques artérielles : à preuve, l'artériole du frein qui, dans les destructions fréquentes de cet organe, cède toujours la dernière; encore a-t-elle souvent subi un travail d'oblitération qui empêche l'hémorrhagie. Les parois des cavités ou des conduits naturels peuvent être perforées, d'où des abcès borgnes, des fistules, dont l'histoire ne nous appartient pas. Dans les cas de phimosis congénital, le chancre qui va se loger sous le prépuce, plus ou moins loin, est visible ou non. Dans ce cas il constitue une des variétés du chancre larvé, et n'est accusé à l'extérieur que par une sécrétion plus ou moins abondante due en partie à la balano-posthite,

par de l'œdème, une inflammation érysipélateuse, quelquefois même gangréneuse, complications assez fréquentes, au reste, en l'absence de phimosis congénital ou accidentel. La perception de points plus douloureux au toucher sous les feuillets du prépuce, de nodules; dans certaines circonstances, un pus sanieux, roussâtre, parfois strié de sang sous la moindre pression des parties malades, les renseignements fournis par le malade, sont de fortes présomptions de l'existence de chancres sous-prépuciaux. Toutefois, des érosions simples, des déchirures préalablement faites, des végétations, une induration cancéreuse partielle du gland ou du prépuce, sont des causes d'erreur assez difficiles à éviter. Un paraphimosis plus ou moins considérable, suivant l'étroitesse primitive de l'ouverture prépuciale, peut encore être déterminé par la présence des chancres en cette partie; il est ou instantané, brusque, aigu, ou graduel; dans ce dernier cas, il débute souvent par un peu d'œdème ou d'engorgement inflammatoire qui rendent seulement plus difficile le retrait du prépuce. Mais pendant un pansement, ou par toute autre cause qui tient le gland momentanément à découvert, surviennent un arrêt de la circulation, puis un œdème plus considérable, qui retiennent définitivement le prépuce en arrière : alors on a tous les symptômes de l'étranglement complet.

§ 2. *Variétés de début.* — Le chancre d'inoculation accidentelle est vésiculo-pustuleux au début comme celui d'inoculation artificielle; seulement, dans les points où s'effectue le plus fréquemment l'inoculation, la première phase (vésiculo-pustuleuse) passe rapidement, et c'est l'ulcération qui frappe les yeux la première : d'où l'erreur dans laquelle sont tombés des hommes sérieux et attentifs. Mais une surface érodée peut recevoir le pus virulent et se transformer en ulcère syphilitique d'*emblée*, ou encore le pus s'introduire au fond d'une piqûre de sangsue, d'un follicule sébacé : le goulot du follicule s'oblitère, les lèvres de la piqûre se réunissent par première intention, et dans les deux cas il survient un petit abcès, analogue aux abcès tuberculeux, et dont le pus est inoculable au moment même de sa sortie, puisque la cause immédiate de l'inflammation est ici le virus lui-même. Ce sont les *tubercules inoculables* de Babington, qui leur donne une tout autre signification.

§ 3. *Variétés propres à la période de progrès.* — Sont-elles inhérentes à la cause spécifique de la syphilis, au virus? non : celle-ci est *une*; mais elles tirent leur source des conditions dans lesquelles agit le virus, du terrain où pousse le chancre. Ces conditions, quelquefois faciles à apprécier, doivent être toujours l'objet d'une recherche attentive, leur connaissance exacte étant d'une extrême importance au point de vue du pronostic, de la prophylaxie et du traitement. Tous les chancres, quelles que soient leurs déviations possibles, ont un début semblable, sont *égaux* au moment de l'infection, et les complications plus ou moins tardives et indéterminées (sauf pour l'induration).

Art. 1. — Le chancre superficiel, une des variétés les plus fréquentes de la période de progrès, ne produit pas cette térébration signalée de la peau et des muqueuses; exulcération, érosion pour quelques-uns, cet accident est forcément placé dans notre cadre par la nature du produit qu'il sécrète. Plus particulier aux muqueuses, il est souvent très difficile à découvrir sur des surfaces villeuses et constamment lubréfiées, et sa présence, quel que soit le point qu'il occupe, gland, urèthre, vulve, etc., n'est accusée que par des symptômes légers; conditions qui m'expliquent la croyance encore si répandue aux *balano-posthites* et aux *vaginites inoculables*, aux infections constitutionnelles sans *porte d'entrée*, le chancre induré affectant bien plus fréquemment cette forme que le chancre simple.

Art. 2. — *Chancre phagédénique, définition du phagédénisme. — Description des différentes espèces* : a. *ch. ph. gangréneux*; b. *ch. ph. diphthéritiques*; c. *ch. ph. serpigineux.* — *Possibilité d'une transformation complète.*

On désigne sous le nom de *chancres phagédéniques* ceux qui ont tendance à franchir les limites ordinaires en circonférence ou en profondeur, expression purement conventionnelle, tout ulcère étant nécessairement le siége d'un travail phagédénique, rongeur. Ce genre comprend plusieurs espèces : ainsi, indépendamment de toute différence de résistance, de toute hétérogénéité des tissus où ils sont déposés, les chancres phagédéniques s'étendent en surface, les uns rayonnant presque régulièrement d'un centre autour duquel ils s'étendent également partout; les autres avec une marche serpigineuse, herpétique, inégale, qui accidente et festonne plus ou moins leurs bords; ces derniers, par exemple, sont fréquents sur la peau de la cuisse. Tous plus ou moins térébrants, ils poursuivent partout le tissu cellulaire sous-cutané et le sous-muqueux, mais sont arrêtés heureusement, même les plus actifs, par la résistance de certains tissus presque infranchissables pour eux, les aponévroses et les muscles qui les limitent rapidement en profondeur. Signalons de suite une cause d'erreur assez fréquente : plusieurs chancres simples, réunis ou alignés non loin les uns des autres, peuvent, en raison de leur voisinage, se transborder mutuellement, se confondre, et, couvrant irrégulièrement une étendue plus grande que celle dévolue à un chancre isolé, simuler le phagédénisme.

Le chancre phagédénique peut se présenter sous trois formes, qui n'ont de commun que la rapidité avec laquelle elles désorganisent les tissus.

a. Chancre phagédénique, gangréneux par excès d'inflammation. — Dans cette forme, la gangrène est la conséquence obligée de l'érysipèle phlegmoneux, de l'œdème inflammatoire qui envahissent le tissu cellulaire sous-

cutané ou sous-muqueux. Nous l'avons observée plus souvent chez les sujets avancés en âge que chez les adultes ou les enfants ; mais sa cause dominante, spécifique pour ainsi dire, c'est l'abus des boissons alcooliques ; aussi la nation anglaise nous offre-t-elle les plus beaux cas de chancre phagédénique à gangrène noire, types du genre. Une alimentation irritante, les excès de table, la malpropreté, les irritants comme pansement, l'onguent mercuriel surtout quand il est rance, une température élevée, agissent dans le même sens. Les signes locaux de l'inflammation viennent ici s'ajouter à ceux de l'ulcère syphilitique, et s'accompagnent parfois des phénomènes d'une réaction sympathique plus ou moins vive. — En six, huit ou dix jours, une inflammation de ce genre, franche et bien allumée, se termine rapidement par gangrène ; et après la chute des eschares et la détersion de l'ulcère on ne trouve plus qu'une plaie simple, la spécificité de l'ulcère ayant été détruite par le travail de mortification ; cette forme momentanément fâcheuse est donc des plus heureuses comme pronostic d'avenir. Toutefois cet accident reste dans notre cadre, puisque son point de départ est un ulcère spécifique qui a pu même agir sur l'économie avant sa transformation.

b. Le chancre phagédénique diphthéritique ou pultacé, exagération de la forme ordinaire, est caractérisé par une plus grande abondance de la matière qui forme le fond de l'ulcère, avec tendance à une extension indéfinie et prédominance de la sécrétion spécifique; c'est, quant à la forme, la pourriture d'hôpital, plus la propriété de s'inoculer comme le chancre simple. — L'âge, le sexe ne paraissent pas avoir grande influence sur sa production, bien que les femmes et les enfants en soient affectés peut-être un peu plus souvent que les autres; comme pour la pourriture d'hôpital, nous comptons parmi les causes prédisposantes le tempérament lymphatique, les saisons froides et humides, l'habitation des localités malsaines, avoisinées de marais, mal aérées ; une alimentation mauvaise ou insuffisante et l'appauvrissement de la constitution qui en est la suite, la préexistence de troubles fonctionnels ou d'altérations organiques, surtout du côté des voies digestives, l'abus du mercure à l'intérieur ou localement, agissent dans le même sens. Nous en dirons autant de la diathèse syphilitique établie, qu'elle date d'une infection antérieure ou des accidents actuels ; ainsi le vérolé qui ne peut *doubler* sa diathèse a en retour toute chance de voir se compliquer ses nouveaux accidents locaux. Cette forme du chancre est caractérisée par un sentiment de picotement, de chaleur, un prurit âcre, une sensation de destruction, rongeante (disent les malades), portée au taux de douleur vive ; le produit de sécrétion augmente, devient plus ténu, séro-purulent, et se charge de détritus organiques; le fond, plus tomenteux, est épaissi, irrégulièrement découpé, chagriné, déchiqueté, et parsemé souvent de petites pointes hémorrhagiques. Un élément de gangrène marche avec cette complication et produit sur le fond jaunâtre de l'ulcère des points plus foncés en couleur ; la base, siége d'un phlegmon œdémateux, est épaisse, empâtée; l'auréole s'étend et projette dans les tissus voisins des fusées inflammatoires qu'accusent des rayons irréguliers d'un rouge vineux sombre ; enfin les bords tuméfiés, épaissis comme la base, profondément cérates, se renversent de plus en plus. Régulièrement arrondi en général, il manifeste parfois, même en dehors de tout caractère serpigineux, certaine tendance à s'écarter, surtout dans le sens le plus déclive, là où le pus s'accumule, cela soit dit sans rien préjuger sur la cause de ces irrégularités. La destruction du tissu cellulaire précède celle de la peau, qui, décollée dans une étendue toujours considérable, un pouce et plus, présente des lambeaux affaissés sur l'ulcération et térébrés eux-mêmes par un travail ulcératif et gangréneux. La réaction fébrile, ordinairement nulle, s'allume en raison de l'importance des organes affectés et de la vivacité des douleurs, extrêmement intenses et se transformant en intolérables névralgies quand le travail ulcératif vient miner lentement quelque filet nerveux; et on a vu quelquefois la mort survenir dans l'épuisement, le marasme, les diarrhées colliquatives, etc., qui accompagnent la fièvre hectique. Le branle une fois donné, leurs progrès n'ont plus de terme: ils peuvent envahir une plus ou moins grande surface du corps, et nous avons vu des malades littéralement déculottés. Leur marche est à la fois aiguë et chronique: aiguë, puisqu'une destruction rapide, incessante, fait disparaître les tissus; chronique, au point de vue de la durée des ravages qui, après des mois, des années, peuvent n'avoir de terme que dans la mort du malade.

(La suite au prochain numéro.)

ED. COURTIN,

Élève interne à l'hôpital du Midi.

Médecine pratique.

V. Du météorisme dans les fièvres continues, appelées fièvres muqueuse, bilieuse, putride, typhoïde, etc., et de ses indications thérapeutiques.

Le météorisme dans les affections muqueuses, bilieuses, putrides, typhoïdes, a toujours été regardé comme un symptôme grave, mais auquel on n'attachait point une valeur thérapeutique sérieuse, spéciale. Les praticiens localisateurs l'ont toujours regardé comme l'effet d'un travail morbide de nature inflammatoire. D'autres praticiens l'ont considéré, et cela avec plus de raison, comme le résultat d'un défaut de contractilité de l'intestin se laissant dilater par des gaz, produits eux-mêmes des matières saburrales putrides auxquelles, dans l'application des moyens que je préconise, je fais jouer le rôle d'empoisonne-

ment secondaire et servant d'aliment à la maladie générale. Je ne prétends pas faire de rapprochement entre ce symptôme, qui peut être l'effet de causes multiples dans diverses affections, et celui qui existe dans les fièvres continues, symptôme qui doit guider le médecin dans le traitement de ces pyrexies.

J'ai eu souvent l'occasion de remarquer que, lorsque j'avais à traiter des maladies de la nature de celles que je viens d'indiquer, le météorisme se manifestait moins rapidement, moins fréquemment lorsque j'avais mis en usage, au début de l'affection, les éméto-cathartiques, puis plus tard les purgatifs; que la diarrhée, symptôme que j'ai eu rarement à observer dans les maladies qui ont régné dans notre localité, était rarement accompagnée de météorisme; que la constipation se montrant de nouveau soit comme effet de la maladie seule, ou comme résultat du traitement employé, ce même météorisme apparaissait de nouveau, et alors tous les autres symptômes, comme placés sous la dépendance de ce dernier, ne tardaient pas à éprouver un surcroît d'augmentation, d'activité.

Cet enseignement ne fut pas perdu pour moi, et ma médication (l'entretien de la liberté du ventre, le maintien de la diarrhée dans de justes limites) fut couronnée de nombreux succès, sa négligence compta des revers. Je me hâte d'ajouter que, quoique les purgatifs fussent la base de ma médication, dont le météorisme réglait l'administration, je me faisais un devoir, une nécessité même, de ne point négliger l'emploi des autres moyens préconisés contre les autres symptômes et les complications. Aussi, les toniques, les stimulants, les antispasmodiques, les révulsifs (sulfate de quinine, camphre, musc, vésicatoires, sinapismes, etc.), furent souvent par moi mis en usage.

Je crois donc rendre un véritable service à la science, à l'humanité, en appelant l'attention des praticiens sur l'indication que me paraît fournir la manifestation du météorisme; aussi je vais citer quelques observations qui mettront mieux en évidence, en relief, si je puis m'exprimer ainsi, l'indication à saisir dans le traitement de ce genre de pyrexies.

Ces idées neuves ne trouvèrent pas peu d'opposants dans la localité où j'exerce l'art de guérir, car un grand nombre de mes honorables confrères, entachés des idées localisatrices de Broussais et peu retrempés par la lecture et la méditation des travaux récents, ont été loin, dans les commencements, de partager ma manière de voir; mais je dois leur rendre justice; un heureux retour dans ces derniers temps a paru s'opérer; des faits éclatants ont vivement frappé quelques-uns d'entre eux. Je citerai en particulier mes chers confrères et savants amis les docteurs Labbey et Huret, qui ont toujours et constamment partagé mon opinion et dont les succès ont été nombreux dans le traitement des maladies typhoïdes qui ont régné à Bayeux et dans ses environs.

Les faits que je vais citer prouveront jusqu'à l'évidence que ma manière de voir n'est pas seulement ingénieuse, mais qu'elle porte le cachet de la saine observation; que les avantages de cette méthode ne se sont pas seulement manifestés au début de la maladie ou à une époque plus éloignée de l'invasion, mais que les praticiens ne sont pas en droit d'en redouter l'emploi même le trentième jour de la maladie, lorsque tout espoir de sauver un pauvre malade pourrait être perdu sans retour. Un dernier fait, qui m'entraînera dans quelques détails, montrera combien la négligence des purgatifs, l'esprit de système, l'aveugle routine, peut nous faire éprouver de mécomptes et déplorer la perte prématurée de jeunes malades qu'aurait infailliblement arrachées à la mort l'emploi sagement et méthodiquement combiné des moyens que j'ai indiqués.

Obs. I. — Mlle Salomon (Cœlina), âgée de vingt ans, est atteinte d'une fièvre typhoïde arrivée au dixième jour; les moyens mis en usage avant ma première visite étaient des boissons délayantes, des lavements émollients, des cataplasmes appliqués sur l'abdomen. La maladie, sous l'influence de ces moyens, ne tarda pas à faire des progrès. Mandé auprès de mademoiselle Salomon, je la trouvai dans l'état suivant : décubitus dorsal; facies exprimant l'abattement; yeux chassieux, injectés; narines pulvérulentes; langue noire; dents encroutées; météorisme très considérable; constipation; pouls fréquent à 120; délire fugace; soubresauts dans les tendons. Administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz; boissons délayantes. Le lendemain, à ma visite, on m'apprit que 15 selles d'une repoussante fétidité avaient eu lieu; le ventre, palpé, n'était plus météorisé; le facies était plus naturel, délire nul; langue moins noire, humide; pouls à 80 pulsations. Mêmes boissons, camphre 20 centigrammes dans une potion gommeuse de 120 grammes, par cuillerée toutes les deux heures. Le troisième jour de ma première visite, le mieux persistait. Même prescription. Le quatrième jour, le mieux ne s'est pas soutenu; la face est plus abattue, les yeux plus chassieux, plus injectés; la langue s'est séchée de nouveau, le ventre est de nouveau météorisé; nouvelle constipation; un peu de délire s'est manifesté dans la nuit; pouls à 100 pulsations. 3 verres d'eau de Sedlitz; infusion de tilleul et de feuilles d'oranger; le lendemain amélioration très remarquable; la figure exprime la gaîté; la langue est humide; les dents ne présentent plus d'aspect fuligineux; le ventre n'est plus météorisé; 10 selles fétides avaient eu lieu; le pouls est à 70; seulement la faiblesse est considérable; quelques légers toniques furent mis en usage; l'amélioration fit de rapides progrès et la convalescence était complète le dix-septième jour.

Obs. II. — Madame Cauchas, demeurant à Arganchy, près Bayeux, est atteinte d'une affection ty-

phoïde à forme bilieuse. Au début, administration d'un éméto-cathartique, tisanes délayantes, diète absolue. Pendant trois ou quatre jours, la maladie eut une marche franche, naturelle, mais la constipation se manifesta et avec elle le météorisme apparut; dès lors l'affection prit un caractère adynamique : décubitus dorsal, face terreuse, yeux chassieux; langue et dents fuligineuses; pouls petit, fréquent, dépressible. Les parents, inquiets, me proposent de m'adjoindre un médecin; le docteur Despallières est mandé. Cependant, la consultation ne devant avoir lieu que le lendemain, je conseille l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz; l'après-midi, une potion de 120 grammes additionnés de 30 centigrammes de sulfate de quinine et de 20 centigrammes de camphre est prescrite par cuillerées de deux heures en deux heures; infusion de fleurs d'oranger pour tisane; frictions d'huile de camomille camphrée sur le ventre. Le lendemain matin, mon confrère Despallières et moi nous nous rendîmes auprès de la malade et nous pûmes, dès ce moment, nous convaincre qu'elle allait mieux. 10 à 12 selles copieuses, fétides, avaient été provoquées par l'administration du sel neutre. En effet, face naturelle, dents et langue sans fuliginosités, le pouls s'est relevé, la chaleur de la peau est normale, le météorisme a disparu. Mon confrère est d'avis qu'on continue le sulfate de quinine et le camphre, ainsi que les mêmes boissons. La maladie ne tarda pas à diminuer et la convalescence était franchement établie le quinzième jour.

Obs. III. — Madame Marie, demeurant à Saint-Vigor, près Bayeux, est prise d'un frisson assez intense suivi de chaleur et de sueur, inappétence, bouche pâteuse, langue couverte d'un enduit muqueux très épais, soif vive, ventre légèrement météorisé, constipation. Administration d'un éméto-cathartique, limonade pour boisson, diète. Amélioration tellement sensible que la malade, se croyant guérie, mange et se lève prématurément; aussi une nouvelle et brusque invasion de l'affection se manifeste : facies exprimant la souffrance; une des pommettes offre une teinte violacée, le reste de la face est pâle; langue couverte d'un enduit sale très épais; les dents présentent à leur collet un enduit de couleur analogue; le ventre est météorisé; une légère diarrhée, accompagnée de ténesme, d'épreintes, existe; la malade accuse à la pression une douleur dans le point correspondant à la valvule iléo-cœcale; la chaleur de la peau est mordicante, le pouls est fréquent, 100 pulsations; légère épistaxis. Administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz; limonade deux pots. Huit à dix selles ont lieu, et le météorisme disparaît; la langue s'est remarquablement nettoyée, la chaleur de la peau a diminué et le pouls ne bat plus que 70 fois par minute; les épreintes ont cessé, et la douleur iléo-cœcale n'existe plus à la pression. Limonade pour boisson. Cet état persiste pendant trois jours. Le ventre se ballonne de nouveau; la diarrhée cesse et les autres symptômes indiqués plus haut augmentent d'intensité; plus un léger délire qui a apparu dans la nuit, tremblotement de la lèvre inférieure, soubresauts dans les tendons, surdité; quelques sudamina existent au col. Solution de phosphate de soude pour tisane (60 grammes de sel pour 2 litres d'eau); potion gommeuse additionnée de 10 centigrammes de lait par cuillerée toutes les heures, deux vésicatoires aux jambes. Le lendemain et les quatre jours suivants, cinq à six selles eurent lieu toutes les 24 heures. Sous l'influence de cette médication, le météorisme assez considérable disparaît, et avec lui tous les autres symptômes vont s'amendant. Boissons légèrement amères, sulfate de quinine à petites doses pour combattre la faiblesse qui est considérable; les forces ne tardent pas à se relever et la convalescence est parfaite le dix-huitième jour.

Obs. IV. — Mademoiselle Leneveu, demeurant à Saint-Vigier-le-Grand, âgée de quarante-cinq ans, est prise de frisson suivi de chaleur; courbature générale; langue presque naturelle; météorisme, constipation; pouls peu élevé, dur à la pression, 70 pulsations par minute; la malade accuse la sensation d'une boule dans la gorge; cependant la déglutition se fait facilement; intelligence normale; point de soubresauts dans les tendons. Cet état, chez une fille arrivée à l'époque climatérique, à prédominance nerveuse, ne se dessinait point assez franchement pour me permettre de porter un diagnostic décidé. A quelle affection avais-je donc affaire? Les phénomènes observés étaient-ils purement nerveux? Telle fut d'abord mon opinion, qui fut partagée par le docteur Labbey appelé en consultation. Prescription : boissons et lavements antispasmodiques, liniment camphré et laudanisé en frictions sur l'abdomen.

Quelques jours se passèrent pendant lesquels l'état de mademoiselle Leneveu parut rester stationnaire; mais le huitième jour de la maladie la fièvre augmenta; chaleur de la peau très élevée, mordicante; pouls petit, fréquent, 110 pulsations par minute; pommette violacée du côté gauche; clignotement continuel, tremblotement de la lèvre inférieure, léger délire dans la nuit précédente, soubresauts dans les tendons, décubitus dorsal; langue sale, noirâtre à sa base, un peu sèche vers le milieu; nausées, vomissements de matières verdâtres, météorisme très considérable, constipation. Ce fut alors que cette scène de souffrances fixa mon attention, et mon diagnostic ne fut pas difficile à établir; j'avais affaire à une fièvre typhoïde. Prescription : une bouteille d'eau de Sedlitz, boissons délayantes, édulcorées avec le sirop tartareux; frictions d'huile de camomille camphrée et cataplasmes sur l'abdomen. Le lendemain, à ma visite, j'appris que 12 à 13 selles putrides avaient été rendues, et déjà tous les symptômes s'étaient notablement amendés; le météorisme surtout avait presque complètement disparu. On continue les boissons délayantes, acidu-

les. Un léger paroxysme, précédé de frisson, avait, me dit-on, eu lieu le soir ; je fis donc ajouter à la prescription 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois doses à deux heures d'intervalle. Les quatre jours qui suivirent, l'amendement fit peu de progrès ; seulement le paroxysme du soir n'avait point reparu ; je crus remarquer que le météorisme avait une tendance à se reproduire, et un samedi (quatorzième jour de la maladie), je pus constater que le mieux des jours précédents avait disparu ; le météorisme était de nouveau très considérable ; les symptômes énumérés plus haut existaient, mais à un plus faible degré ; quelques sudamina se montraient au col. Les évacuations alvines n'avaient point continué. Je fis administrer à la malade 45 grammes de sulfate de magnésie dissous dans un litre de bouillon aux herbes, par tasses à café d'heure en heure ; infusé de feuilles d'oranger pour tisane ; camphre 20 centigrammes, dissous dans 190 grammes d'émulsion simple, une cuillerée toutes les deux heures. Le lendemain je me présente chez la malade de très bonne heure ; j'apprends que 10 selles fétides avaient eu lieu ; je fus frappé du mieux sensible qui existait ; le ventre, palpé, n'offrait presque plus de météorisme. Cependant la faiblesse est assez considérable ; pouls petit, fréquent, 110 pulsations ; peau humide, sans chaleur ; boissons amères ; infusé de petite centaurée édulcoré avec le sirop de quinquina ; potion gommeuse de 130 grammes, additionnée de sulfate acide de quinine 30 centigrammes, par cuillerées toutes les deux heures ; trois cuillerées de bouillon en trois fois, matin, midi et soir. Le lendemain et les jours suivants, amélioration croissante, la langue se nettoie, le météorisme est nul, etc., etc. Les forces renaissent et la convalescence peut être regardée comme franche le vingt-quatrième jour.

Obs. V. — Mademoiselle Salomon (Anna), âgée de dix-huit ans, chlorotique, est atteinte d'une fièvre typhoïde après plusieurs nuits de fatigue passées auprès de sa sœur qui fait le sujet de la première observation. Au début, administration d'un éméto-cathartique ; soulagement marqué. Les symptômes, dans cette affection qui, à cause de la grande faiblesse de cette jeune fille, affecta une marche très lente, furent pendant vingt jours peu redoutables ; le météorisme, qui s'était montré plusieurs fois, avait été avantageusement combattu par de doux laxatifs ; quelques boissons amères avaient été administrées depuis sept à huit jours. Le vingt-huitième jour, à ma visite du matin, voici les symptômes qui fixèrent mon attention : facies exprimant la terreur ; la pommette gauche est violacée ; tremblotement de la lèvre inférieure ; délire, marmottement continuel, carphologie, soubresauts dans les tendons, surdité, sudamina très nombreux au col ; langue brune, sèche, fendillée à son milieu ; ventre météorisé, pouls fréquent, filiforme, disparaissant à la plus légère pression. En présence de ces accidents formidables, de cette faiblesse considérable, je n'ose mettre en usage mon purgatif de prédilection, l'eau de Sedlitz. Prescription : boissons légèrement aromatiques, potion composée d'eau de tilleul et de menthe, de chaque 60 grammes ; musc, 15 centigrammes ; sulfate acide de quinine, 1 gramme ; sirop de gentiane, 20 grammes ; un demi-lavement contenant 30 centigrammes de camphre et 2 grammes d'asa-fœtida ; deux vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds, frictions sur le ventre et les membres avec le liniment volatil cantharidé. Le lendemain, les symptômes persistent au même degré, on continue les mêmes moyens. Le trentième jour, à ma visite, tous les accidents, déjà fort graves, avaient notablement augmenté : le décubitus est dorsal ; le corps est couvert d'une sueur froide, visqueuse ; la face est violacée, les paupières sont travaillées par un clignotement continuel ; le globe de l'œil est convulsé en haut ; perte complète de la connaissance ; carphologie, soubresauts dans les tendons ; tremblotement de la lèvre inférieure ; la bouche entr'ouverte permet d'apercevoir la langue noire, sèche, fendillée ; les dents fuligineuses ; le ventre est excessivement météorisé ; point de selles depuis trois jours ; les urines n'ont point été rendues depuis 24 heures ; le pouls est fréquent, petit ; ses battements, à peine sensibles, ne peuvent être comptés. Ne voyant point d'amendement par les moyens mis en usage, je fais part de ma crainte d'une mort prochaine aux parents ; je leur parle d'une dernière ressource, de la confiance que m'inspire encore un moyen (un laxatif), des succès dont ils ont eux-mêmes été témoins. J'ai donc recours à l'administration d'une dissolution de 30 grammes de sulfate de magnésie dans un demi-litre d'eau, par cuillerées toutes les 10 minutes, la déglutition s'exécutant avec une grande difficulté ; les autres moyens sont suspendus pendant l'administration du sel neutre. Quelle ne fut pas ma surprise, le lendemain à ma visite, de pouvoir constater un mieux sensible ! Huit à dix selles fétides avaient été le résultat du sel purgatif. La face est naturelle, l'intelligence revenue, la carphologie a disparu ; les soubresants sont nuls ; la langue est noire encore, mais humide ; le météorisme a notablement diminué ; le pouls, petit, fréquent, est à 120. Cependant la faiblesse est considérable ; la voix est presque éteinte, suspirieuse ; mais les réponses sont justes et la surdité a été remplacée par une finesse d'ouïe telle que le moindre bruit fait crisper les traits de la malade. A partir de ce jour, l'amélioration fit de lents, mais sûrs progrès ; le traitement ultérieur consista dans des boissons et des potions toniques, quelques cuillerées de bouillon de bœuf léger furent permises, et le quarante-cinquième jour une convalescence franche fut constatée ; cette jeune fille chlorotique fut mise à l'usage des ferrugineux ; des bains de mer furent administrés, et sa santé, jadis chancelante, est aujourd'hui véritablement digne d'envie.

Obs. VI. Mme Th.,,, est atteinte, après quelques

fatigues et après s'être exposée, le corps en sueur, à un refroidissement, d'une angine qui, au dire du médecin ordinaire de la malade, présenta des caractères gangréneux. Ce premier état, combattu par des moyens appropriés, dura peu; la malade, non complètement rétablie, reprit les soins de son ménage; cependant un malaise indéfinissable persista; courbature générale; inappétence; langue couverte d'un enduit très épais, de couleur jaunâtre, qui lui fit donner le conseil, par une personne étrangère à l'art de guérir, de se purger; mais le médecin, consulté, ne crut pas devoir obtempérer au désir de la malade qui plus tard, au milieu de ses souffrances, lui en fit, d'instinct, un grave reproche. Des accidents plus intenses ne tardèrent pas à se manifester et forcèrent Mme Th.... de s'aliter. Des douleurs à caractère rhumatismal se firent sentir dans les articulations; ces douleurs accompagnées de gonflement, sans changement notable de couleur à la peau, occupèrent surtout le côté droit du corps. Une toux fatigante, stridente, férine, tourmentait la malade; des vomissements bilieux jaunâtres suivaient les quintes de toux qui n'étaient accompagnées que d'une légère expectoration filante. L'auscultation n'étant point dans les habitudes du médecin de Mme Th...., on ne put nous rendre compte des bruits fournis par ce genre d'examen. La langue était couverte d'un enduit très épais; le ventre, peu météorisé, faisait éprouver à la pression une légère douleur dans le point correspondant à la valvule iléo-cœcale; constipation. Douleur de tête légère; pommettes colorées, appareil fébrile très marqué; paroxysme le soir, vers cinq heures; un léger délire put être observé dans la nuit; cet état dura plusieurs jours pendant lesquels un traitement antiphlogistique pur fut mis en usage : sangsues, boissons délayantes, cataplasmes, etc.; plus des pilules composées avec l'extrait thébaïque. Le médecin ordinaire, homme d'une inexactitude et d'une insouciance remarquables, s'absenta; la malade, impatiente, inquiète, me fit appeler; voici les symptômes qui se présentèrent à mon observation : décubitus dorsal; facies exprimant la souffrance; clignotement continuel; une des pommettes offre une teinte violacée, le reste de la face est d'une pâleur remarquable; les muscles zygomatiques se contractent convulsivement; la chaleur de la peau est âcre, mordicante; le pouls, dur à la pression, donne 130 pulsations par minute, il est légèrement intermittent; une toux férine, âcre, travaille la malade; l'auscultation fait entendre à la base du poumon un râle sous-crépitant; la langue est couverte d'un enduit très épais, grisâtre au milieu, brun à sa base; le ventre est météorisé; quelques épreintes suivies de légères évacuations de mucosités sanguinolentes ont eu lieu; palpé, le ventre n'était point douloureux; le point correspondant à la valvule iléo-cœcale donnait, au toucher, la sensation d'un gargouillement marqué. Ce cortége de symptômes assez effrayants me frappa; mon diagnostic ne fut pas difficile à établir : j'avais affaire à une fièvre typhoïde; mon pronostic fut loin d'être rassurant. Mon embarras était grand : madame Th.... n'était point ma cliente, et la pensée localisatrice qui avait présidé au traitement était loin d'être en tout semblable à la mienne; mais le cas était grave et l'indication pressante. Je conseillai donc une solution de phosphate de soude (30 grammes dans un litre d'eau) par petites tasses de 1/2 heure en 1/2 heure; au surplus, je continuai les boissons délayantes. A peine madame Th.... eut-elle pris du breuvage laxatif que les évacuations commencèrent; 6 à 8 selles d'une repoussante fétidité eurent lieu, et peu de temps après un mieux sensible frappa les assistants; le paroxysme du soir n'eut pas lieu; la toux devint moins fatigante et le ventre reprit sa souplesse. Le pouls tomba à 80 pulsations; bref, tous les symptômes s'amoindrirent. Le médecin, au dire du mari et de la garde-malade, vint le soir et constata ce mieux; mais, partisan exagéré, aveugle, de la médecine antiphlogistique, il fit cesser la dissolution purgative et n'employa pour tous moyens que des boissons aqueuses; aussi le surlendemain les symptômes s'exaspérèrent et les parents, justement alarmés, me firent appeler. Le Dr D..... nous fut adjoint. Ce serait entrer dans d'inutiles détails que de rappeler les symptômes énumérés plus haut; seulement je dirai qu'ils étaient beaucoup plus graves, et je noterai quelques sudamina très évidents dans la fosse claviculaire et que je fis remarquer; sudamina que le médecin ordinaire ne voulut pas voir, puisque, quand on les lui montrait, il les écrasait avec intention sous ses doigts; quoi qu'il en soit, le Dr D.... put facilement les apercevoir. La constipation existait de nouveau et le ventre était remarquablement météorisé; un paroxysme avait eu lieu à cinq heures; paroxysme qu'on ne put, ce jour-là, attribuer a l'impatience de madame Th...., puisque aucune cause morale ne pouvait l'avoir provoqué. Une première discussion s'engagea; je voulus procéder avec méthode et d'une manière logique. Je posai donc cette double question : A quelle affection avons-nous affaire? Quels moyens thérapeutiques doivent être mis en usage? Je crus prouver à ces MM. que nous avions affaire à une affection générale dont tous les symptômes n'étaient que la manifestation, à une affection à caractère malin, à une affection typhoïde enfin. Je proposai l'emploi d'un traitement mixte : 1° l'entretien de la liberté du ventre par un sel neutre; 2° combattre le paroxysme par le sulfate de quinine uni au camphre. Pendant que je formulais ma pensée, je vis souvent un sourire de pitié contracter les lèvres de mes honorables confrères, et le traitement proposé fit éclater leur impatience contenue jusqu'alors. L'inflammation, toujours l'inflammation! fut leur unique argument. Le médecin ordinaire, homme colère, impatient et grand partisan de la méthode antiphlogistique, jeta les hauts cris; il redoutait l'exaspération de la maladie par

mes moyens qu'il appelait incendiaires ; il craignait l'ulcération des glandes de Peyer et l'aggravation des accidents qu'il appelait inflammatoires, dont il faisait des entités morbides. Ils ne pouvaient, disait-il, jamais réclamer l'emploi d'un traitement qui le révoltait, lui adepte de Broussais, lui praticien qui avait vieilli avec la consolante pensée que la science, depuis ce grand homme, n'avait point fait de progrès. Dans cette longue et laborieuse discussion, il fit bon marché des découvertes, des travaux récents ; les observations si rassurantes, les succès des maîtres de l'art furent par lui comptés pour rien. Accablé sous le poids des faits cités, réduit au silence, mais non convaincu, soit par esprit de système ou de malencontreuse opposition, il ne crut pas devoir mettre en usage les moyens préconisés, avoués par l'art et l'expérience ; les délayants furent continués, seulement quelques grains de sulfate de quinine furent, à la sollicitation du docteur Despallières, ajoutés au traitement. Ce jour-là le mal fit de nouveaux progrès ; le météorisme augmenta, la constipation persista ; de l'agitation, du délire, des soubresauts dans les tendons se joignirent aux autres symptômes. Je fis de nouvelles mais impuissantes tentatives pour porter dans leur esprit la conviction dont j'étais pénétré ; on s'aigrit ; la discussion prit un caractère irritant, et j'étais sur le point de me retirer, lorsqu'on nous annonça l'arrivée d'un médecin de Caen, le docteur B....., homme d'une remarquable simplicité. Mon espoir en lui, comme aide puissant et capable de faire accepter les moyens que je proposais, fut grand d'abord, mais de courte durée. Il était, et ce n'est pas peu dire, plus enthousiaste des idées du médecin du Val-de-Grâce que le praticien de Bayeux. Aussi, dans l'intérêt du corps médical et pour éviter un scandale, je me retirai. Déjà la discussion avait été chaude et je sentais s'aigrir au fond de mon cœur un levain de colère, bien pardonnable, je pense, lorsqu'on a la conscience de la bonté de la cause que l'on défend et pour garant des guérisons nombreuses, éclatantes, opérées dans des circonstances semblables et marquées au même cachet de gravité. J'appris le lendemain avec la plus profonde douleur que cette jeune dame, âgée de 26 ans, l'espoir de sa famille, avait été rapidement enlevée à la suite d'un accès pernicieux.

Deux mots de réflexion. En présence de cette affection, il n'est pas de praticien éclairé qui ne se fût promptement prémuni contre les accidents qui sont allés s'aggravant, et que l'angine de mauvais caractère qui a marqué l'invasion de cette maladie devait faire prévoir. Ah ! si, dans le court intervalle qui séparait la première affection de la seconde, un éméto-cathartique, d'après la méthode de M. Delaroque, eût été administré, qui peut répondre que les accidents ultérieurs n'auraient pas été conjurés, et n'a-t-on pas des exemples que, cette négligence première reparée dans le cours de la maladie, par l'emploi méthodique des évacuants qu'indiquaient et la constipation et le météorisme du sulfate de quinine opposé aux accès pernicieux, un succès serait venu couronner cette médication qui devait infailliblement arracher à une mort prématurée une si belle, une si forte existence? Telle est d'ailleurs mon opinion profondément consciencieuse et appuyée sur un nombre considérable de faits. Dernièrement encore une jeune femme de 18 ans, atteinte d'une fièvre ataxique, a failli devenir victime des idées localisatrices et du traitement antiphlogistique du même médecin ; mais dans cette circonstance il lui a fallu, non pas sans une vive résistance, s'incliner devant l'argumentation vive, pressante, et surtout devant le nombre de trois médecins, MM. Letual, Labbey et Huret. Puissent ces deux sévères leçons le faire entrer dans la bonne voie et lui apprendre à ne pas faire si bon marché de la science et de l'érudition !

Je pourrais continuer mes citations, accumuler les preuves et porter de plus en plus la conviction dans l'esprit des hommes éclairés, impartiaux. Je pourrais multiplier à l'infini les observations qui prouvent d'une manière péremptoire, éclatante, l'excellence des préceptes que je me suis efforcé d'établir, à savoir : que le météorisme a une valeur thérapeutique dans l'application de la méthode évacuante au traitement des fièvres continues ; je ne sentirais que l'embarras des richesses ; les guérisons abondent avec les faits. Quoi qu'il en soit, je ne pense pas qu'on m'adresse tout bas cette question que me fit tout haut, dans une consultation, un de mes honorables confrères : Avez-vous toujours eu des succès ? Je ne crus pas, je ne croirais pas devoir répondre à une question si peu réfléchie. Seulement, il doit rester dans l'esprit des praticiens qui liront ces lignes que les purgatifs, dans le traitement des maladies que j'ai indiquées plus haut, sont des modificateurs puissants avoués par l'art et la saine observation, mais qu'ils ne peuvent, qu'ils ne doivent pas être employés d'une manière aveugle et empirique. Le météorisme sera donc le guide, le régulateur, si je puis m'exprimer ainsi, dans l'administration de ces moyens proclamés par les meilleurs praticiens de tous les temps et de tous les lieux et qui, suivant l'expression de M. Martin-Solon, sont réacquis à la science pour ne plus jamais en disparaître.

F. Féron, D. M. P.,
à Bayeux (Calvados).

VI. Médecine comparée.

Expériences de clinique vétérinaire sur les eaux minérales sulfo-iodurées et bromurées de Challes, en Savoie.

La morve est autant une question de médecine humaine qu'une question d'hippiatrique. Toute voie nouvelle indiquée à la thérapeu-

tique de cette affection par les médecins vétérinaires mérite donc de fixer au plus haut point notre attention.

Dans notre n° de mars 1843 nous rapportions un cas de morve chronique chez l'homme, guérie, selon toute apparence, par l'emploi de l'iode. Il était naturel, en effet, de penser qu'un altérant aussi puissant que celui-ci pouvait modifier avantageusement la constitution d'un farcineux, si la marche lente de la maladie laissait quelque temps de répit à l'art. De nouveaux documents n'ont point été publiés sur ce point. Mais, tout récemment, M. Ughetti, vétérinaire en second du régiment de cavalerie royale de Piémont, en garnison à Chambéry, a présenté à la Société royale de Savoie quelques faits (1) qui prouvent l'action puissante et quelquefois même curative exercée par des eaux sulfureuses iodurées et bromurées sur des individus morveux et farcineux de l'espèce chevaline. La concordance de ces résultats avec le fait que nous avons cité plus haut nous semble devoir encourager les médecins à expérimenter aussi l'iode et le brome sur des individus de l'espèce humaine atteints de morve ou de farcin, circonstance qui se renouvelle malheureusement avec une fréquence déplorable depuis quelques années.

Obs. I. — *Morve aiguë ; guérison.*—Une jument, âgée de sept ans, a été reçue à l'infirmerie le 19 juillet dernier (probablement en juillet 1845) pour récidive d'un engorgement squirrheux des ganglions lymphatiques du canal intermaxillaire, sans écoulement nasal. On l'a mise, pour tout traitement, à l'usage des eaux de Challes, blanchies à l'aide d'une certaine quantité de farine de seigle pour les faire aisément boire, jusqu'au 8 août, où elle est sortie complètement débarrassée de son engorgement ganglionnaire. Le 6 septembre, elle a été reçue de nouveau, affectée de morve confirmée, caractérisée par les symptômes suivants : engorgement squirrheux des ganglions lymphatiques sous-maxillaires adhérant à la branche gauche de cet os ; ulcération de la pituitaire du même côté, et écoulement abondant de pus de mauvais caractère par cette même narine; mauvais poil, léger battement des flancs (2). On lui a prescrit l'usage des eaux de Challes en boisson, que l'animal a prises pendant quarante jours, et en outre quelques révulsifs sur le côté gauche et sur les côtes, des frictions de pommade stibiée sur les ganglions sous-maxillaires, et des injections détersives dans la narine gauche avec l'eau de Challes. La jument a semblé alors si bien guérie qu'elle a été renvoyée au régiment et a repris son service dans l'escadron pendant cinquante jours. Mais elle a dû ensuite être ramenée, affectée qu'elle était de nouveau d'innombrables cordons farcineux le long des jugulaires, aux deux joues et se terminant dans l'intérieur des narines, où ils s'étendent considérablement par des ramifications minces. On prescrit encore l'eau minérale *intùs* et *extrà*, conjointement avec quelques révulsifs cutanés. Les engorgements ont disparu petit à petit et l'animal a fini par guérir tout-à-fait. Cette fois, ajoute l'auteur, nous avons acquis la conviction d'une guérison radicale, les engorgements ayant disparu complètement et la muqueuse nasale ayant repris son état normal. Des cicatrices existent sur les endroits préalablement occupés par les ulcérations farcineuses ; l'animal offre des apparences de bonne santé et cet état ne s'est point démenti pendant tout le temps que la jument a été tenue en observation après la guérison. Elle a été renvoyée bien portante à l'escadron et à repris son service ordinaire.

Obs. II. — *Morve aiguë ; guérison.* — Un cheval, d'âge avancé, avait été admis plusieurs fois à l'infirmerie pour des affections catarrhales chroniques. En dernier lieu il présente une morve confirmée dont l'auteur néglige malheureusement de nous indiquer les symptômes. Ce cheval est mis à l'usage interne et externe de l'eau de Challes, que l'on continue pendant trois mois. Au bout de ce temps il est considéré comme guéri. Il ne reste, en effet, de sa maladie que quelques engorgements sous-maxillaires qui ont résisté à tous les moyens ; mais l'animal se porte bien. On se propose d'appliquer plus tard des boutons de feu sur ces engorgements ou de les extirper ; ils paraissent tenir à du tissu cellulaire. Il ne reste, d'ailleurs, aucune trace des symptômes primitifs propres à la morve.

Obs. III. — *Éruption farcineuse ; morve ; heureuse modification produite par les eaux de Challes.* — Un cheval, âgé de sept ans, appartenant à un bourgeois de Chambéry, était depuis longtemps affecté de bourgeons farcineux autour de l'orbite gauche, puis à l'entrée de la narine correspondante, et enfin de morve confirmée, compliquée d'une toux chronique. Il a été soumis pour tout traitement à la boisson d'eau minérale et aux injections détersives avec le même liquide dans la narine gauche, par où l'écoulement avait lieu seulement. L'animal ne s'est habitué qu'avec peine à boire le médicament ; mais on lui a continué avec abondance les lotions dans la narine. Au bout de deux mois, l'animal était notablement mieux ; les ulcères morveux et farcineux de l'intérieur de la narine marchaient vers la cicatrisation ; mais le propriétaire, ennuyé de la longueur du traitement et des difficultés de séquestration pour se soumettre aux prescriptions administratives, a préféré faire abattre le cheval. Nous avons la conviction, dit l'auteur, que ce cheval aurait guéri comme les autres.

Obs. IV. — *Éruption farcineuse ; amélioration rapide.* — Une jument indigène, hors d'âge, décré-

(1) Nous avons extrait ces faits des *Annales de thérapeutique* (n° de juin 1846). Ils y sont traduits de l'italien, sans indication de source bibliographique ni de date.

(2) Le traducteur fait observer avec raison qu'il est à regretter que l'auteur n'ait pas tâché de mettre son diagnostic hors de doute en inoculant la maladie sur un autre cheval. Cette observation s'applique à tous les faits rapportés par l'auteur.

pite, de tempérament lymphatico-abdominal, appartenant à la deuxième batterie d'artillerie, est, depuis un an, affectée d'ulcérations farcineuses aux deux membres postérieurs, survenues à la suite d'une pleurésie chronique. On la met à l'usage *intùs* et *extrà* des eaux de Challes. En peu de temps son état s'est notablement amélioré; mais on n'a pas cru devoir continuer le traitement, vu l'âge avancé de l'animal et le peu d'aptitude au service qui lui serait resté après la guérison; il était d'ailleurs aveugle, aussi l'a-t-on abattu; mais les bons effets qu'on avait déjà obtenus de l'usage de l'eau de Challes ne laissaient aucun doute sur une guérison complète et prochaine.

M. Ughetti rapporte ensuite treize observations de broncho-pneumonie, de catarrhe chronique, avec ou sans emphysème pulmonaire, guéris à l'aide de l'eau de Challes en boisson. Il rapporte aussi un cas d'éruption herpétique grave guéri en peu de temps par de simples lotions de la même eau, et il ajoute que cette méthode lui a également réussi sur des chiens. Mais tout ceci est étranger à notre sujet principal qui est la question de l'efficacité des eaux sulfo-iodées et bromurées dans l'affection farcino-morveuse.

Chacun des quatre cas que nous venons de rapporter offre incontestablement prise à la critique. L'auteur donne ces observations avec une brièveté et un laisser-aller que peut seule faire comprendre la conviction profonde où il était d'avoir traité des affections farcino-morveuses; mais dans des sujets aussi importants, lorsqu'on veut persuader, la conviction ne saurait rester une affaire personnelle, et il ne faut négliger aucun des moyens propres à la faire partager aux autres. Observons, néanmoins, que la position en quelque sorte officielle de l'auteur ne permet guère de croire qu'il se soit trompé, vu l'habitude qu'il a dû acquérir de ces sortes de cas : ajoutons aussi que, dans l'espèce, une adhésion, même incomplètement motivée, peut être plus profitable à la pratique que les exigences systématiques outrées de certaine école.

Pour les médecins et vétérinaires qui ont à leur disposition des eaux minérales iodurées et bromurées naturelles, il sera facile de répéter les expériences de M. Ughetti tant sur le cheval que sur l'homme. Ces eaux n'ont encore été signalées qu'en petit nombre et n'ont été l'objet que d'études fort restreintes. Cela tient à ce qu'elles sont en même temps sulfureuses, ce qui les a fait jusqu'à présent confondre avec cette classe d'eaux. Les principales eaux minérales hydriodatées sont, d'après M. Bouchardat, celles de *Castel-Nuovo*; d'*Asti en Piémont*, qui, selon Cantu, sont très riches en iode; celles d'*Aix en Savoie*, près Chambéry (la source de Challes contient 18 milligrammes d'iode pour 1000 grammes); celles enfin de *Saint-Genys*, très employées à Turin. En France, on a signalé celle de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) comme contenant du bromure de potassium. Il est à présumer qu'il existe des iodures et des bromures dans beaucoup d'autres eaux sulfureuses. Le docteur Sirus-Pirondi, dans un article de la Clinique de Marseille du 16 août dernier, dit qu'on a constaté du brôme et de l'iode dans presque toutes les eaux sulfureuses. Dans le cas où l'on n'aurait pas à sa disposition des eaux minérales iodurées ou bromurés naturelles, comment les remplacerait-on? Et d'abord, est-ce le principe sulfureux, ou bien l'iodure, ou encore le bromure, qui a agi dans les cas ci-dessus rapportés? Dans le doute, on doit peut-être en faire honneur à tous les trois. Toutefois, dans l'observation d'affection farcineuse chez l'homme que nous avons rapportée (n° de mars 1843), on donnait de l'iodure de potassium dans de l'eau distillée. Les admirables résultats qu'on en obtint nous font regretter que l'essai n'en ait pas été renouvelé dans des circonstances pareilles.

Ainsi, voilà deux médicaments altérants énergiques qui ont déjà été employés contre la morve et le farcin chroniques avec assez d'avantages pour encourager de nouvelles expériences. Si l'on n'attendait pas un effet suffisant de la minime quantité d'iode renfermée dans les eaux sulfureuses ordinaires, surtout si les circonstances étaient urgentes, rien n'empêcherait d'employer à la fois les deux moyens, les sulfureux et une préparation iodée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

VII. Observation de suette miliaire.

Monsieur le rédacteur,

Dans le dernier numéro de votre excellent journal, et dans une savante analyse du travail de M. le docteur Gaillard, de Poitiers, dont vous faites profiter vos lecteurs, sur l'épidémie de *suette miliaire* qui a régné en cette dernière ville, je lis que la suette miliaire, différente encore en cela des autres affections épidémiques, n'est *jamais* sporadique. Or, monsieur le rédacteur, je viens d'observer tout récemment dans ma pratique, à Paris même, un cas *isolé*, qui, s'il est bien véritablement, comme je le pense, un exemple de *suette* miliaire, avec tous ses symptômes, sa marche, sa terminaison, devra apporter quelques modifications au jugement porté sur cette singulière maladie. Je vais vous le *raconter* tel que je l'ai observé, sans commentaires ni réflexions :

Obs.—Le 25 juillet 1846, je suis mandé dans la matinée pour donner mes soins à madame Cox, demeurant rue du Rocher, 14. Cette femme, âgée de 28 ans, originaire de Londres, est blonde, a les chairs un peu flasques; elle jouit néanmoins d'une bonne santé habituelle, et la menstruation n'a jamais offert d'irrégularité que sous l'influence des grossesses qui ont été au nombre de trois et qui ont donné le jour à trois enfants bien portants, deux filles et un garçon. La malade habite Paris depuis 7 ans, et elle a pris à peu près toutes les habitudes

françaises ; sauf un léger accent saxon il serait difficile de la supposer étrangère. Le 25 juillet, disons-nous, madame Cox fut prise, sans cause connue, d'une transpiration extraordinairement abondante ; ce n'est pas une métaphore que de dire que l'eau *ruisselait* sur toute la surface du corps ; la chemise, les draps, le mouchoir de tête, le mouchoir de poche que la malade portait à la main, étaient littéralement trempés. Examinée avec soin, la peau n'offrait aucune rougeur, aucune tuméfaction, aucune vésicule, aucune éruption enfin ; seulement elle était couverte de gouttelettes d'eau qui perlaient à mesure qu'elles étaient essuyées par la malade. Le pouls était à peu près normal, plutôt petit que large ; céphalalgie assez vive ; courbature dans tous les membres ; point d'angine ; langue blanchâtre, pâteuse ; amertume à la bouche ; soif vive, ardente même ; constipation depuis 3 jours. Je me contentai de prescrire des boissons acidulées (limonade tartrique), d'éviter le froid et de prescrire la diète.

26. — Même état ; transpiration aussi abondante pendant la nuit, qui a été pour la malade une nuit de tourments ; toute la chambre exhale une odeur nauséeuse, excessivement désagréable ; il y a de l'agitation ; la patiente ne peut rester un instant en repos ; la respiration est haletante, les yeux vifs, brillants, un peu injectés ; le pouls petit ; aucune éruption à la peau. Je prescris l'opium à faible dose et en potion ; même tisane ; lavement purgatif.

27. — La dernière nuit a été moins agitée, et il y a eu même deux heures de sommeil ; la transpiration, quoique abondante encore, est supportable ; l'agitation générale est moindre ; la soif moins vive ; les urines sont très claires et peu abondantes. Mais ce qui marque ce jour, c'est l'apparition sur la surface du corps, et particulièrement aux bras et à la partie antérieure du thorax, d'un grand nombre de petites vésicules grosses comme un grain de millet, transparentes comme de l'eau de roche et pointues à leur sommet. Que l'on me pardonne cette comparaison en faveur de la vérité : l'on dirait une foule de petits entonnoirs de verre microscopiques apposés par leur base sur la surface de la peau. Ces vésicules ne sont pas tellement rapprochées qu'on ne puisse les compter dans un espace large comme la main, par exemple, et je suis à peu près certain que dans cet espace elles ne dépassaient pas le nombre de 200. En passant légèrement la main sur la surface de la peau, l'on perçoit une espèce de rugosité produite par ces vésicules qui, autour d'elles, n'étaient accompagnées d'aucune rougeur à la peau.

Le lavement purgatif a produit 3 garde-robes qui ont débarrassé le ventre. — Même traitement.

28. — Peu de changements ; la transpiration est encore abondante, mais beaucoup moins que les jours précédents ; nuit sans sommeil, mais tranquille néanmoins ; soif moins vive ; pouls tranquille ; les règles ont paru un peu ; c'était du reste leur époque ordinaire ; l'éruption n'a pas subi de changement. Ce *statu quo* persiste jusqu'au 1er août.

1er août. — La desquamation commence ; à la place des vésicules, l'on voit alors de petites plaques, de petites rondelles, larges comme une grosse lentille, dont la blancheur mate et opaque contraste singulièrement avec la teinte legèrement rosée des autres parties non squamifiées de la peau. Cela produisait un effet tout particulier et très singulier. Que l'on suppose une personne percée avec un emporte-pièce de milliers de petits trous sur la surface du corps ; que l'on admette que ces milliers de petits trous avec perte de substance ont été comblés par le développement d'une peau *fraîche*, et l'on aura une idée de l'effet *ex visu* de cette desquamation. Du reste, à partir de cette époque, et sans avoir éprouvé aucun accident fâcheux, la patiente se rétablit très promptement, et elle était sur pieds au bout de quelques jours.

Dr A. Chereau.

Paris, août 1846.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Bulletin bibliographique.

1. — *Précis de pathologie générale, de nosologie et de méthode d'observation*, pour servir d'introduction à l'étude de la médecine clinique ; par J.-B. Lavort (Achard), directeur et professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Clermont-Ferrand, chevalier de la Légion-d'Honneur. 1 vol. in-12 de près de 600 pages ; chez J.-B. Baillière. — Nous ne possédons que peu de livres de pathologie générale, ce qui tient, sans doute, à ce que la matière est encore plus ardue que pour la pathologie spéciale. M. Lavort nous paraît cependant l'avoir traitée avec succès. D'abord il s'est affranchi de ces formes dogmatiques, renouvelées de nos jours, qui ôtent toute originalité à un ouvrage, et n'en font le plus souvent qu'une œuvre de plus ou de moins d'érudition, assaisonnée d'un peu de critique et de beaucoup de compilation. C'est ainsi que l'on voit le livre de M. Chomel servir plus ou moins de fonds à ceux qui l'ont suivi. Il eût certes mieux valu, pour les auteurs de ces ouvrages, avoir la modestie de renvoyer le lecteur à ce livre. L'ouvrage de M. Lavort est, au contraire, fait de telle sorte que les qualités ou les défauts lui en appartiennent en propre. L'auteur a considéré d'une manière abstraite toutes les lésions sensibles qui forment les éléments des maladies, mais qui, néanmoins, n'appartiennent spécialement à aucune d'elles ; c'est ce qu'il appelle états morbides communs ; ce sont : l'irritation, la fièvre, l'hémorrhagie, l'inflammation, la dénaturation des tissus ou la dégénération organique, l'adynamie, la névrose, l'hydro-

pisie. Quant à la classification proprement dite des maladies, l'auteur n'a point cru qu'il fût possible de les réduire en classes, par la raison, dit-il, que ces grandes divisions, telles qu'elles ont été adoptées par la plupart des nosologistes, englobent dans le même groupe une foule de maladies disparates, ne se ressemblant que par quelques-uns de leurs symptômes extérieurs. Il s'est donc borné à former des ordres ou des sous-ordres de maladies. Ainsi, M. Lavort a classé d'après un symptôme dominant, qui est la stupeur, les maladies dites typhodes, qui toutes sont l'effet de causes spéciales, de nature pernicieuse, lesquelles altèrent profondément l'innervation, soit cérébrale, soit ganglionnaire; et il a formé un sous-ordre particulier de chaque maladie typhode ou de chaque typhus; de manière que, pour ces maladies comme pour toutes les autres, dans l'ouvrage de M. Lavort, la classification naturelle est dans le sous-ordre. Il n'a point indiqué les divisions ultérieures, telles que celles des genres et des espèces; mais il pense qu'on peut leur appliquer les méthodes anatomiques, en tenant compte aussi du caractère des états morbides qu'elles produisent et que nous avons cités plus haut, tels que les irritations, les fièvres, les hémorrhagies. C'est même la considération de ces divers états morbides qui domine le plus souvent la thérapeutique. Il nous est impossible d'entrer ici dans le corps du livre, ni même de le juger, ce qui ne saurait être le but d'une simple notice. Ajoutons seulement que si l'auteur a peu emprunté aux modernes, il paraît s'être nourri de la lecture des auteurs qui faisaient autorité avant les écoles actuelles, et notamment de celle de Barthez qu'il cite presque à chaque page.

II. *De l'emploi des eaux minérales de Pougues dans le traitement de quelques affections chroniques de l'estomac et des organes génito-urinaires*; par le docteur L. DE CROZANT, médecin-inspecteur des eaux de Pougues, ancien interne des hôpitaux de Paris; mémoire de 67 pages in-8°; chez Germer-Baillière.—Pougues, chef-lieu de canton du département de la Nièvre, est à trois petites lieues de Nevers, dans une des positions les plus belles et les plus saines. La vie y est à très bon marché, et d'un autre côté les familles riches y trouvent toutes les satisfactions auxquelles habitue le luxe des grandes villes. Voilà pour les circumfusa. Quant à leurs propriétés chimiques, les eaux de Pougues contiennent une grande quantité d'acide carbonique libre; les carbonates de chaux et de magnésie forment à eux seuls presque la moitié de la masse saline dissoute. Viennent ensuite les carbonate et sulfate de soude, le chlorure de magnésium et le carbonate de fer. Ainsi, c'est par l'abondance très grande des carbonates de chaux et de magnesie que ces eaux se distinguent de celles de Vichy, de Néris et de Plombières, dans lesquelles dominent, au contraire, les carbonates de soude et de potasse. Ces deux sels de magnésie et de chaux sont probablement la cause des merveilleux effets de l'eau de Pougues dans le traitement des affections chroniques de l'estomac, puisqu'ils sont aussi la base de médicaments très anciennement renommés contre les maladies des voies digestives, tels que la poudre d'yeux d'écrevisses. Une particularité que la chimie ne peut expliquer, c'est que ces eaux ne sauraient être prises qu'à très petites doses à la source, tandis que, transportées à Paris, on les boit à plein verre. Pendant les repas, coupées avec le vin ou de l'eau sucrée, elles facilitent la digestion et délivrent des nausées auxquelles sont sujettes quelques personnes bien portantes d'ailleurs. Elles surexcitent singulièrement les organes génito-urinaires. A doses élevées, elles deviennent un peu purgatives et font merveille dans les diarrhées passives. Elles sont supportées sans douleur ni fatigue par les gastralgiques quel que soit leur état; aussi les emploie-t-on spécialement dans les dyspepsies. Sans prétendre que ces eaux aient une action spéciale contre l'hypochondrie, le catarrhe, la chlorose, la leucorrhée, l'auteur dit cependant avoir vu de ces maladies bien vieilles et bien tenaces disparaître à Pougues comme par enchantement, ce qu'il attribue à ce que chacune de ces maladies était liée à un état gastrique particulier. Cette eau a de grands succès dans le traitement des scrofules pour établir la tolérance des autres médications. Mais c'est surtout contre les affections des organes génito-urinaires que les eaux de Pougues sont prescrites. On les emploie autant dans les cas de catarrhe de la vessie que dans ceux de gravelle. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'eau de Pougues agit en amendant les symptômes d'irritation. L'auteur pense qu'il est fort douteux qu'elle diminue le calcul lui-même; mais elle peut faire disparaître la tendance à sécréter le gravier, et elle combat surtout la complication catarrhale de la muqueuse vésicale.

III. *Enquête sur l'authenticité des phénomènes électriques d'Angélique Cottin*; par le docteur TANCHOU; opuscule d'une soixantaine de pages in-8°. — Nous sommes un peu en retard avec cet ouvrage qui a paru il y a quelques mois. Cependant, comme M. Tanchou s'occupe de l'électricité et qu'il prépare là-dessus un grand ouvrage, nous devons signaler cette production, d'autant plus qu'elle est une sorte de recueil de pièces justificatives attestant la bonne foi de l'auteur en ce qui touche les effets signalés chez la fille électrique qui a si vivement fixé l'attention publique dans le courant des mois de février, de mars et d'avril. On se rappelle le jugement porté par la commission de l'Académie des sciences dans la séance du 9 mars dernier (voyez le numéro d'avril). La conclusion qui portait que les communications transmises à l'Académie au sujet de Mlle Angélique Cottin devaient être considérées comme non avenues, cette conclusion, disons-nous, à laquelle étaient joints des considérants peu flatteurs pour la moralité de la jeune fille, fut jugée avec sévé-

rité par un des journaux de médecine les plus sérieux, comme outre-passant même les droits de l'Académie. Les communications dont il est ici question avaient été faites par M. Cholet et par M. le docteur Tanchou. Ce rapport mettait donc ce dernier dans une position qui l'obligeait de prouver ce qu'il avait avancé. C'est ce qu'il a essayé de faire dans ce mémoire. Il considère les phénomènes produits par la jeune fille comme étant de nature intermittente, comme devant même cesser lorsque la puberté s'établira. Il n'y a donc point lieu de s'étonner s'ils ne se sont pas produits à volonté devant une commission académique qui devait naturellement inspirer de l'effroi à cette jeune personne. Ils ont d'ailleurs été observés par un grand nombre de personnes dignes de foi, dont l'auteur rapporte les lettres. Tels sont les docteurs Beaumont et Ragaine, médecins à Mortagne, le docteur Beaumont, vicaire au Pin-la-Garenne (Orne), les docteurs Besson, Verger, Lemonnier et d'autres personnes éclairées. M. Tanchou a lui-même été témoin des faits les plus surprenants et il croit qu'ils ne sauraient être dus à la fraude. Il croit enfin qu'ils sont dans l'ordre naturel, qu'ils ne sont qu'exagérés, et qu'ils ne paraissent merveilleux que parce qu'ils n'ont pas encore été observés jusqu'ici. Telles sont les convictions qu'il cherche à faire partager au lecteur. On conçoit que, dans une matière aussi délicate, nous devons nous borner à ce simple exposé.

IV. *Traité sur la vaccine*, ou Recherches historiques et critiques sur les résultats obtenus par les vaccinations et les revaccinations depuis le commencement de leur emploi universel jusqu'à nos jours, ainsi que sur les moyens proposés pour en faire un préservatif aussi puissant que possible contre la variole; ouvrage couronné par l'Académie royale des sciences en 1845; par Ch.-Ch. STEINBRENNER, docteur en médecine à Wasselonne (Bas-Rhin), lauréat de l'Académie royale des sciences et de la Société de médecine de Bordeaux, etc. Paris, chez Labé, 1846. 1 vol. in-8° de près de 900 pages. — On se rappelle qu'en 1838 l'Académie des sciences adopta la proposition d'une commission, dont le professeur Breschet était le rapporteur, et mit au concours pour un prix de dix mille francs, à décerner en 1842, cinq questions sur la vaccine que nous avons énoncées dans le temps. Nous avons également inséré dans notre numéro de juillet 1845 le rapport lu par M. Serres sur les trente-cinq mémoires qui avaient été envoyés au concours. L'Académie, dans sa séance publique du 10 mars 1845, a partagé le prix entre MM Bousquet, Fiard et Steinbrenner. Cette distinction éminente, jointe aux encouragements des amis et collègues de l'auteur, et surtout au suffrage de quelques hommes haut placés dans la science, l'ont décidé à livrer à l'impression son volumineux mémoire. Depuis une douzaine d'années qu'a paru le livre de M. Bousquet sur cette question, aucun travail de quelque importance n'a été publié en France sur ce sujet. On ne saurait donc refuser à celui de M. Steinbrenner le caractère de l'opportunité; la récompense académique accordée à cet ouvrage témoigne plus que nous ne pourrions le faire de sa valeur; mais ce que nous ne devons pas oublier de mentionner, c'est que cette palme a été méritée par un praticien jeune encore et habitant une petite ville des départements. Nous tenons à signaler cette particularité, afin que nos confrères de la province sachent que leurs utiles travaux trouvent à Paris même leur juste appréciation et leur récompense. M. Steinbrenner publie son ouvrage tel qu'il l'avait envoyé à l'Académie des sciences en 1842. Il y a, toutefois, ajouté quelques notes afin de faire connaître tout ce qui depuis a été écrit de véritablement utile sur ce sujet. Du reste, pour l'opinion à porter sur l'ensemble du travail de M. Steinbrenner, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur au rapport de M. Serres sur le prix de vaccine (voyez le n° de juillet 1845, p. 15).

V. *Thérapeutique appliquée, ou traitements spéciaux de la plupart des maladies chroniques*; par T.-J.-C. DEBREYNE, docteur en médecine et professeur particulier de médecine pratique à la Grande-Trappe (Orne). Troisième édition, revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-12 de 348 pages; à Paris, chez J.-B. Baillière. — Dans le numéro d'avril 1842, nous avons donné une analyse détaillée de cet excellent ouvrage, qui nous dispense d'y revenir autrement qu'en le mentionnant pour le signaler à nos nouveaux souscripteurs. Nous nous bornerons donc à rappeler que ce livre, petit par le volume, mais gros de choses, contient le résultat abrégé de plus de trente ans d'expérimentations thérapeutiques faites sur les agents les plus puissants de la matière médicale. Cet ouvrage n'est point calqué sur ce que les autres ont dit ou fait, mais seulement sur ce que l'auteur a vu et fait lui-même. Il en est de même d'un recueil de formules placées à la fin de l'ouvrage et qui sont plus ou mois propres ou spéciales à l'auteur; il les recommande comme ayant aussi subi l'épreuve du temps et d'une longue expérience. Il termine son travail par l'exposition d'une nouvelle méthode ou échelle posologique qui doit faciliter singulièrement l'art difficile de formuler avec exactitude, précision et célérité. Mentionnons enfin une circonstance qui n'est pas indifférente pour le praticien : c'est le format in-12 adopté par M. Debreyne, moins brillant dans les bibliothèques, mais si commode pour la lecture tant chez soi que hors de chez soi, si facile à emporter à la campagne. Aujourd'hui les plus maigres mémoires, ceux même de moins d'une feuille, s'étalent pompeusement dans le grand in-8°. Quand reverrons-nous donc ces in-12 si commodes du siècle dernier, ces véritables livres de poche (*Taschenbuch*, comme disent les Allemands), auxquels ont succédé d'abord les manuels qui pouvaient encore se porter à la main, et, de nos jours, le manuel de 1000 à 1200 pages que l'on ne peut plus remuer de place?

Revue des journaux français et belges.

REVUE MÉDICALE.

Aperçu sur les propriétés de la source thermale sulfureuse de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par le docteur A. FABAS. (Suite et fin. Voyez le n° de juillet dernier.) — Après quelques considérations générales sur la composition des eaux sulfureuses et sur leur mode d'action, qu'il fait principalement, mais non exclusivement, dépendre de la température, l'auteur termine par des réflexions pratiques intéressantes dans l'espèce sur ce qu'il appelle l'*emploi bien combiné de deux sources sulfureuses*. Obligés de nous restreindre, nous nous en tiendrons à cette dernière partie de son travail. Rappelons seulement que les eaux de Baréges étant plus chaudes et par conséquent plus actives que celles de Saint-Sauveur, il n'y a dans le choix à faire, selon M. Fabas, qu'une question de température : l'état général du sujet bien reconnu, l'indication devient facile. Mais il est des affections qu'on ne combattrait pas avantageusement par l'usage exclusif d'une de ces sources. Certains malades sont si faibles et si irritables qu'ils ne pourraient, sans danger, s'exposer de prime abord à l'action énergique de la source de Baréges. Les eaux de Saint-Sauveur sont, dans ces circonstances, ce qu'on peut trouver de mieux pour fortifier le sujet et lui donner moyen de réagir. Beaucoup de malades éprouvent des accidents à Baréges qui les forcent d'en suspendre l'emploi et leur font perdre le bénéfice de la saison. On voit, par contre, chaque année, à Saint-Sauveur, des malades qui après avoir éprouvé une amélioration rapide restent ensuite dans le *statu quo*. Il faut à ceux-là les eaux de Baréges pour achever la guérison. Mais s'ils avaient débuté par ces dernières, ils n'eussent pas manqué, pour la plupart, de voir leur état morbide faire des progrès.

Les sujets atteints de lésions anciennes résultant du vice scrofuleux font, toutefois, exception à cette règle ; il leur faut dès le début une source d'une grande activité.

L'action des eaux de Saint-Sauveur était autrefois souvent combinée avec celle des eaux de Bonnes ; on obtenait les résultats les plus satisfaisants de cette association dans les maladies des voies respiratoires. Quoique les malades ne prissent les bains de Saint-Sauveur que comme moyen adjuvant au traitement par les eaux de Bonnes, M. Fabas est persuadé que l'on obtenait bien plus de résultats favorables que l'on n'en a aujourd'hui en s'en remettant pour la cure à l'eau de Bonnes exclusivement. Sa conviction, à cet égard, est surtout basée sur les effets qu'on obtient actuellement, dans les affections de l'appareil respiratoire, de l'emploi des bains de Saint-Sauveur avec les eaux de Hontalade pour boisson. Cette source sulfureuse a remplacé avantageusement celle de Bonnes dont elle a les propriétés, moins l'action trop irritante. La source de Hontalade, dont l'analyse a été faite par M. Bérard, de Montpellier, est située dans le bourg même de Saint-Sauveur. Il n'y a encore que les malades du département qui en fassent usage ; mais sa réputation augmente chaque année avec le nombre des malades qui viennent en réclamer les secours.

La source de Hontalade n'est pas la seule source sulfureuse que l'on possède pour boisson à Saint-Sauveur ; il y a aussi celle de Büe qui est encore moins irritante que celle de Hontalade, et qui est une ressource précieuse chez certains malades. (*Juillet* 1846.)

GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Polype de l'urèthre chez la femme traité par l'excision ; diagnostic différentiel ; par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

OBS. Une jeune dame, âgée de 28 ans, jouissant habituellement d'une parfaite santé, ressentit, après un travail forcé, de la cuisson du côté des organes génito-urinaires, accompagnée de douleurs vives qui se propageaient assez profondément. A ces premiers symptômes se joignirent de la pesanteur dans le fondement, des envies fréquentes d'uriner et de la difficulté à le faire. Surmontant cette difficulté par de violents efforts, elle urina du sang à plusieurs reprises différentes.

Dans cet état, elle fut consulter M. Maisonneuve, qui, au moyen d'un stylet fin introduit dans le canal de l'urèthre, reconnut la présence d'une petite tumeur terminée par un pédicule qui s'insérait non loin de la partie antérieure de ce canal. Il est bon d'ajouter qu'elle était pour ainsi dire cachée par ce renflement qui limite, chez les femmes, le méat urinaire et qui sert de guide dans le cathétérisme.

L'opération fut proposée à la malade qui l'accepta, tellement les douleurs et les cuissons qu'elle ressentait étaient grandes.

Elle fut pratiquée le 20 mars 1846. Voici de quelle manière :

Le polype étant tenu avec des pinces à anneaux, on dégagea son pédicule avec un petit stylet ; alors on put assez facilement l'exciser avec des ciseaux courbes. Cependant, comme la tumeur était excessivement vasculaire, puisqu'elle saignait à la moindre pression qu'on exerçait sur elle, elle se déchira en partie, de sorte que l'on fut obligé de faire l'arrachement des fragments qui avaient résisté à l'excision. On termina cette petite opération par la cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

Les suites ne présentèrent aucune circonstance insolite. On donna à la malade quelques bains entiers : malgré cela, les douleurs et les cuissons subsistaient, mais néanmoins moins vives qu'auparavant, et de temps à autre la malade perdit encore un peu de sang en urinant. Cette circonstance engagea M. Maisonneuve à renouveler plusieurs fois la cautérisation avec le nitrate d'argent, et à faire des injections, soit avec l'acétate de plomb seul ou

mélangé avec un peu de laudanum, soit avec du vin aromatique.

Bientôt, sous l'influence de ce traitement, le sang ne coula plus, les douleurs et les cuissons disparurent presque en entier, de sorte que la malade put marcher et se promener. Tout allait bien, la maladie paraissait guérie, quand, après un nouvel examen, M. Maisonneuve reconnut un nouveau polype implanté à la même place que celui qu'il avait déjà enlevé. On en fit l'extirpation qui fut beaucoup plus facile que la première fois; car ce polype était moins vasculaire, et, par conséquent, plus résistant que le premier. L'excision suffit pour l'enlever complètement.

On continua les injections et les lotions avec le vin aromatique; la malade s'en trouvait très bien.

Depuis que cette dernière opération a été faite, il ne s'est pas montré de nouveau polype : les douleurs et les cuissons, quoique subsistant encore, ont perdu néanmoins assez d'intensité pour permettre à la malade de reprendre ses occupations.

On peut confondre les polypes de l'urèthre avec le prolapsus de la muqueuse de ce canal. Dans les deux cas, il y a tumeur plus ou moins volumineuse, ayant un aspect également fongueux. Mais les polypes ont une forme irrégulière, tandis que celle du prolapsus de l'urèthre est toujours circulaire. Les polypes ont le plus souvent un pédicule; la hernie de la muqueuse urèthrale n'a pas de pédicule proprement dit; sa forme circulaire a un peu l'aspect du col utérin; si l'on introduit une sonde par sa dépression centrale, on pénètre dans la vessie, et il est facile dès lors de s'orienter.

Le traitement est du reste le même dans les deux cas; c'est à l'excision qu'il faut avoir recours. Seulement, dans le cas de hernie de la muqueuse urèthrale, il faut, après l'excision, faire porter des sondes d'un volume assez considérable, pour éviter la réunion de la plaie par une cicatrice vicieuse, et partant un rétrécissement de l'urèthre. (*N° du 16 mai* 1846.)

Du proto-chlorure de mercure dans la fièvre typhoïde; par le docteur GIBON. — Le calomel a été préconisé contre cette affection par MM. Mülhenbeck et Weber, d'Alsace, ainsi que par M. Lombard, de Genève. M. Gibon, qui l'emploie depuis plus de six ans, prétend n'avoir jamais eu qu'à s'en louer. Voici son mode de traitement :

Si le sujet est fort et pléthorique, s'il y a beaucoup de fièvre, une céphalalgie intense, etc., il pratique une saignée de 250 grammes; il ne la renouvelle presque jamais, et il lui arrive même le plus souvent de s'en abstenir.

Lorsqu'il y a constipation, l'auteur prescrit un purgatif ou un éméto-cathartique (eau de Sedlitz simple ou émétisée), puis il arrive au calomel. Quand il y a diarrhée, il administre ce dernier dès le début. La dose en est de 15 centigrammes par jour, en trois fois, dans les cas légers; de 1 décigramme le matin et 2 décigrammes le soir, à intervalles égaux, dans les cas plus graves. Enfin, s'il y a somnolence ou délire continuel, stupeur, surdité, ballonnement du ventre, langue sèche et noire, dents fuligineuses, on devra donner 1 décigramme toutes les deux heures Tous les médecins qui emploient le calomel ont remarqué que quand on a soin de donner de plus grandes doses de ce médicament le soir, on obtient l'avantage de prévenir l'agitation nocturne. Voilà la pratique des médecins de l'Alsace déjà cités. M. Gibon prescrit à peu près invariablement 6 décigrammes de calomel par jour, divisés en six paquets; il en donne un à six heures du matin, un second à neuf heures, un troisième à midi, les deux derniers de deux heures en deux heures.

Le principal mode d'action qu'il lui reconnaît est l'action purgative. Les selles sont nombreuses, très fétides, porracées. Il y a dès lors soulagement : la tête est plus libre, la fièvre moins intense, le ventre moins ballonné; la peau devient moite, la langue s'humecte et s'élargit. Ces effets ne seraient pas, d'après l'auteur, aussi rapides que le prétendent MM. Mülhenbeck et Weber; mais ils se montrent presque constamment au bout de quelques jours.

Le calomel ne serait toutefois pas à préférer aux autres purgatifs s'il n'avait, suivant M. Gibon, une action modificatrice sur les parois ulcérées avec lesquelles il se trouve en contact et une action fondante; il lui a aussi paru diminuer l'état fébrile.

L'éventualité d'une infection mercurielle n'est point une contre-indication, cet accident étant beaucoup moins grave que la fièvre typhoïde. Loin de là, il est d'observation que l'amélioration se déclare aussitôt que la langue s'humecte. Ainsi, la salivation est en quelque sorte un signe que la fièvre typhoïde est en voie rétrograde.

M. Gibon rapporte sept observations à l'appui de ses assertions sur l'heureuse influence du calomel dans la fièvre typhoïde; il termine en disant que, sur plus de quatre-vingts cas de fièvre typhoïde, il n'en a perdu que six, parmi lesquels encore se trouve une perforation après un rétablissement complet de six semaines. (20 *juin* 1846.)

GAZETTE DES HOPITAUX.

Traitement des pollutions nocturnes. — Le docteur ROUSSE se loue beaucoup, dans ces circonstances, de l'infusion d'absinthe officinale, préparée comme il suit :

Sommités d'absinthe	4 grammes.
Eau bouillante	150 —

M. et F. infuser S. A., puis repasser avec expression.

Cette infusion doit être prise en une fois au moment du coucher, et son usage doit être continué pendant longtemps, bien que ses bons effets ne tardent pas à se manifester.

Fièvres pernicieuses hystériques (*deux cas de*) observées dans le service de M. le professeur PIORRY.

OBS. Ire.— Une jeune femme était affectée de névralgie intercostale, avec augmentation du volume de la rate, et de fièvre intermittente dont les accès revenaient tous les soirs. La rate diminua d'un tiers au moins sous l'influence du sulfate de quinine administré plusieurs fois à la dose d'un gramme; mais il fut impossible de la ramener à son volume normal, et elle ne cessa de présenter au moins 12 centim. de haut en bas. Les accès ne furent pas arrêtés. La malade éprouvait aussi quelques accidents vers les organes internes de la génération, tels que douleurs hypogastriques et inguinales. La rate restant volumineuse malgré le sulfate de quinine, M. Piorry avait suspendu depuis deux jours l'administration de ce sel, pour en obtenir une action plus efficace quelques jours plus tard. Un matin la malade, se sentant plus d'entrain que les jours précédents, descendit au jardin; elle y eut un paroxysme violent, avec sentiment de suffocation ascendante, perte de connaissance, pandiculations, etc. L'accès dura cinq minutes. Le soir il ne restait plus que de la courbature, et la nuit fut tranquille. Le lendemain matin, à pareille heure, l'accès se reproduisit, mais plus violent que le premier : il survint des contractions épileptiformes et la femme succomba d'un manière inopinée.

A l'*autopsie*, on ne trouva rien dans les centres nerveux. La rate avait le volume observé pendant la vie; son tissu était noirâtre et ramolli. Les ovaires étaient pour le moins doublés de volume; leur aspect était noirâtre. Ils offraient, surtout le gauche, des foyers hémorrhagiques sous leur tunique propre. Il y avait du sang dans les vaisseaux; il n'y avait pas d'écume dans les bronches, de sorte que l'on ne pouvait expliquer la mort ni par une syncope, ni par l'asphyxie.

Dans la fièvre pernicieuse on constate généralement une congestion de l'organe auquel se rapportent les symptômes spéciaux Ici les symptômes spéciaux se rapportaient aux organes internes de la génération, et l'on a trouvé une forte hypérémie des ovaires. Il existait en même temps une hypérémie splénique, comme si la cause avait agi à la fois sur deux organes. Peut-être est-ce le caractère des fièvres pernicieuses qu'il y ait ainsi une double action de la cause, tandis que la fièvre intermittente est simple si l'action ne dépasse pas la rate.

Cet élément congestif propre aux fièvres intermittentes pernicieuses a paru à quelques médecins indiquer les déplétions sanguines concurremment avec le sulfate de quinine. MM. Monard, frères, médecins de l'armée d'Afrique, avaient pour habitude de prescrire à la plupart des entrants affectés de fièvre pernicieuse gastro-céphalique, forme très commune, une saignée, 30 sangsues sur la région épigastrique et 20 sur les régions jugulaires, plus le sulfate de quinine à haute dose après l'accès. Cette méthode produisait les meilleurs effets.

— L'exemple précédent n'a pas été perdu pour M. Piorry, ainsi qu'on le voit par le cas suivant qui s'est présenté quelques semaines après :

OBS. II.—Une femme de 26 ans, accouchée trois mois auparavant, est entrée pour des douleurs utérines. A son entrée elle était dans un état anémique et se plaignait d'une douleur constante à l'hypogastre. On trouva dans cette région, par la palpation et par la plessimétrie, un corps volumineux et dur, mat et arrondi, dépassant de 4 centimètres le rebord pubien. Ce corps était très sensible au toucher et à la percussion. Le lendemain, cette femme, qui n'avait jamais eu d'attaques d'hystérie, en éprouva une des plus intenses. On reconnut en même temps une augmentation du volume de la rate. Ce fut seulement alors qu'on apprit que depuis quelques semaines cette femme éprouvait chaque soir des frissons suivis de chaleur.

Le fait précédent ne laissant pas de doute sur la conduite à suivre, M. Piorry prescrivit 75 centigrammes de quinine dissous dans l'alcool, préparation qui, selon lui, l'emporte en activité sur le sulfate de quinine. Sous l'influence de ce moyen continué pendant trois jours, la rate diminua rapidement, la fièvre cessa, et il resta seulement à traiter par les moyens ordinaires l'utéropathie qui ne tarda pas à se dissiper.

Strack a dit, il y a déjà longtemps, en parlant de l'affection hystérique : « Sæpè febris intermittens istius noxæ causa est. » M. Puccinotti professe que les cas d'hystérie qui cèdent au quinquina ne sont probablement que des fièvres larvées.

(*N° du 6 juin* 1846.)

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Sur les avantages du bicarbonate de chaux et les inconvénients des autres sels calcaires contenus dans les eaux ordinaires ou potables; par M. Alph. DUPASQUIER. — Les autres sels calcaires désignés dans la note de l'auteur sont le sulfate de chaux, le chlorure de calcium et le nitrate de chaux quand ils sont un peu abondants. Ces sels sont bien aptes, il est vrai, à fournir la base de la matière terreuse des os; mais ils ont l'inconvénient de rendre les eaux séléniteuses, c'est-à-dire qu'elles ont alors la fâcheuse propriété d'être lourdes à l'estomac, de décomposer le savon et de durcir les légumes à la cuisson, ce qui rend très difficile la digestion de ces aliments. Le bicarbonate de chaux est au contraire éminemment assimilable et ne rend pas les eaux séléniteuses; loin de là, il favorise le travail de la digestion comme excitant, à la manière du bicarbonate de soude. L'utilité de ce sel est d'ailleurs naturellement démontrée par ce seul fait qu'il forme d'ordinaire plus des 3/4 ou des 4/5 de la matière calcaire dans les eaux, quand, à lui seul, il ne la constitue pas presque entièrement.

La teinture alcoolique de bois de campêche est un excellent réactif pour faire reconnaît-

tre le bicarbonate de chaux dans les eaux. En en versant 3 ou 4 gouttes dans une verrée d'eau, on obtient une belle couleur violette, si l'eau contient la moindre trace de ce sel. La nuance est d'autant plus foncée que la proportion du bicarbonate est plus considérable.

(*Mai* 1846.)

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE.

De l'affection farcino-morveuse chez l'homme; par le docteur A. MARCHANT, de Charenton, médecin adjoint à l'École royale vétérinaire d'Alfort (3e article — suite (1)). — *Anatomie pathologique du farcin.* — Dans les cadavres des individus qui ont succombé au farcin, on rencontre toujours, 1° des abcès multiples, dont les uns ont dégénéré en ulcères fistuleux; les autres en voie de guérison, d'autres enfin non encore ouverts; 2° des angioleucites spécifiques qui établissent souvent des communications entre les divers abcès d'un même membre; 3° des gangrènes profondes, de vrais sphacèles, qui ont atteint les doigts, la main, les ailes du nez. A toutes ces altérations viennent se joindre celles qui ont été décrites à l'article Morve aiguë.

Les abcès farcino-morveux sont quelquefois semblables à ceux qui sont la suite d'un phlegmon aigu; d'autres fois ils ont beaucoup de rapports avec les abcès froids; il est encore une troisième forme d'abcès superficiels qui se développent avec beaucoup de rapidité, et ne ressemblent en rien ni aux abcès phlegmoneux, ni aux abcès froids. C'est une collection purulente qui paraît accompagnée d'une rougeur érysipélateuse de la peau. Enfin il est une dernière espèce d'abcès dont rien quelquefois ne fait soupçonner l'existence : ce sont les abcès des muscles, que l'on ne découvre, ordinairement, qu'à l'autopsie cadavérique.

Les abcès contiennent le plus souvent du pus; cependant on en rencontre qui contiennent du sang pur ou mêlé avec un liquide gélatineux.

Les abcès de la première espèce affectent complètement l'allure des phlegmons et contiennent un pus louable. Il est très difficile de reconnaître avec eux la nature de la maladie. Les abcès farcineux se reconnaissent cependant à un signe que M. Marchant croit pathognomonique : c'est la présence de la fausse membrane dont il a été question plus haut (voy. le n° de juillet), quelques heures après l'ouverture de l'abcès. Cette fausse membrane se place entre les lèvres de la plaie; que celle-ci soit large ou étroite, elle existe toujours. Cette formation nouvelle s'établit avec une grande rapidité; elle tapisse les parois intérieures de tous les abcès.

Tous les tissus sont modifiés profondément par la présence du pus farcino-morveux; les vaisseaux sanguins, les os, etc., présentent des altérations très graves, qui ne se retrouvent pas ordinairement dans les abcès phlegmoneux simples. Les veines contiennent des caillots fibrineux, fortement adhérents, d'autres fois c'est du pus; le périoste est enflammé, ramolli, et est séparé des os, au voisinage desquels siégent les abcès.

Le pus que contiennent les abcès dont il est question présente le plus souvent les qualités du pus de bonne nature, et on est bien loin de se douter du danger que courent les malades confiés à nos soins. Il n'est pas nécessaire, dit l'auteur, de recommander tant au médecin qu'aux personnes qui entourent le malade de prendre les précautions nécessaires en pareil cas, car le pus de ces abcès est spécifique, et, comme tel, il peut être inoculé et produire l'affection farcino-morveuse.

Les abcès de la seconde espèce ont de grands rapports avec les abcès froids; comme eux ils se développent le plus souvent sans douleurs : ce sont des collections purulentes, à parois molles uniformément fluctuantes, sans engorgement phlegmoneux à leur base, sans chaleur morbide. Quelquefois elles offrent un noyau distinct et circonscrit, et elles sont alors douloureuses. La matière contenue dans ces abcès est une sanie purulente et rougeâtre, ou bien de la sérosité gélatineuse mêlée avec du pus mal lié. Cette matière est formée par des globules altérés du pus et de sang, et d'une masse globuleuse tenace, semblable à celle que contiennent les pustules de la morve.

Les parois de ces abcès sont tapissées par une fausse membrane, grisâtre, tomenteuse, qui a plus ou moins d'épaisseur.

Il est une troisième espèce d'abcès qui se développent très rapidement sous la peau. Ces abcès, accompagnés ordinairement de rougeur érysipélateuse, soulèvent le derme, le détruisent en partie, et alors les parois sont rougeâtres, violacées. Lorsque la vie dure assez longtemps, la peau tombe en gangrène, et il reste une surface grisâtre, parsemée de points sanguinolents; ces sortes d'abcès ont beaucoup de rapport avec les bulles gangréneuses de la morve aiguë, et paraissent être le point de transition de cette dernière altération avec les abcès profonds.

Les abcès musculaires enfin sont le plus souvent inaperçus pendant la vie; ce n'est qu'à l'autopsie qu'on les découvre. Ils contiennent ordinairement du pus mal lié, ou de la sérosité gélatineuse plus ou moins colorée en rouge. Les fibres musculaires sont quelquefois détruites dans quelques portions; d'autres fois elles sont décolorées et infiltrées de pus.

Les vaisseaux lymphatiques s'enflamment souvent, et servent pour ainsi dire de conducteur à l'inflammation spécifique. Ainsi il est commun de voir au bras, par exemple, une série d'abcès formés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques de ce membre. Les ganglions qui appartiennent à ce dernier système ne s'engorgent pas aussi souvent que chez les chevaux; cependant cela arrive quelquefois,

(1) Voy. les nos de juillet, octobre et décembre 1845, juillet 1846.

et alors les hommes sont glandés comme les chevaux, si tant est que cette expression puisse être employée en médecine humaine.

Les gangrènes profondes sont différentes des gangrènes superficielles qui surviennent dans la morve aiguë. Ce sont des inflammations profondes qui, dès le premier abord, ont un caractère de malignité manifeste; les doigts, les orteils, les ailes du nez, le pénis, en sont le plus souvent le siége. Ces parties deviennent rouges, se tuméfient énormément, et tombent presque immédiatement en gangrène, sans que les débridements ni aucune espèce de traitement connu puissent en arrêter la marche. Ces gangrènes précèdent de beaucoup les gangrènes superficielles de la morve aiguë. Il est difficile de préciser l'époque de leur apparition, attendu que la marche de l'affection farcino-morveuse est sujette à beaucoup de variations.

Il est d'autres lésions qui, sans être propres à la morve aiguë et au farcin, se montrent cependant assez souvent pendant le cours de l'affection farcino-morveuse. Ainsi il existe une espèce d'ophthalmie farcineuse qui a les plus grands rapports, pour la forme extérieure, avec les ophthalmies purulentes, blennorrhagiques. M. Marchant en a observé un cas chez un élève de l'école d'Alfort qui avait reçu, en opérant un cheval morveux, un jet de sang dans l'œil. Le malade eut un abcès à la jambe qui donna issue à du pus mal lié, gélatineux. Après quatre mois de souffrances, l'œil fut perdu, sans cependant être déformé. Le jeune homme se rétablit. (*Février* 1846.)

ARCHIVES MÉDICALES DU MIDI.

Accouchement provoqué prématurément, par M. VILLENEUVE, chirurgien en chef à l'hospice de la Maternité, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Marseille. — Pendant que l'Académie royale de médecine de Bruxelles discute théoriquement la question de l'accouchement provoqué prématurément (1), un médecin distingué de Marseille vient de lui faire faire un grand pas dans le sens d'une solution affirmative.

OBS. Le 28 mai dernier, M. Villeneuve, se trouvant dans la rue du Dragon, est entraîné en toute hâte rue des Vignerons, n° 8, où il trouve une jeune femme d'environ vingt-cinq ans, enceinte de huit mois révolus, dans un état d'anxiété tel qu'elle pouvait à peine prononcer une parole. La respiration était haletante, la peau froide, le pouls à peine sensible; le système capillaire qui colore les joues était de couleur veineuse et le sang paraissait dans un état de stase. Cet état a commencé à deux heures du matin et ce n'est qu'à 7 heures qu'on s'est décidé à aller chercher la sage-femme qui a conseillé une saignée. En présence de pareils symptômes, M. Villeneuve n'osa pas hasarder ce moyen, de peur que la malade ne succombât à une syncope. Il se contenta de lui prescrire des spiritueux. Elle lui dit d'une voix brève et éteinte que son enfant remuait beaucoup; mais ni le palper abdominal ni l'oreille ne purent faire constater les mouvements du fœtus ni la circulation fœtale. Le col était fort en arrière et permettait l'introduction du doigt. C'était une seconde grossesse. Il sentit une légère tension des membranes qu'il lui fut impossible de rompre, autant parce que la malade ne pouvait et ne voulait pas se prêter à l'opération que parce qu'elles étaient immédiatement appliquées sur la tête.

Sur ces entrefaites arriva M. le docteur Chaudouin, médecin de cette femme. Ils convinrent de proposer et de pratiquer l'accouchement provoqué. M. Villeneuve se procura une plume d'oie qu'il tailla de manière à en arrondir l'extrémité; il saisit la plume de la main gauche et la dirigea sur la face palmaire de l'index droit préalablement introduit dans l'orifice utérin. Cette opération, quoique difficile par la gêne extrême où était le chirurgien, se termina enfin par la rupture des membranes qui amena un grand flot de liquide.

Quelques instants après, M. Chaudouin pratiqua une saignée exploratrice que la malade supporta assez bien et qui fournit environ 240 grammes de sang. On administra alors 1 gramme de seigle ergoté fraîchement pulvérisé.

M. Villeneuve s'absenta une heure. A son retour, la femme recevait les sacrements. La cérémonie finie, il lui trouva la face plus animée et toujours froide. C'était sans doute l'action du seigle ergoté qui déterminait des contractions utérines. La saignée fut répétée, mais moins abondante; les deux médecins firent continuer une potion composée d'eau de menthe, de cannelle et de sirop d'écorce d'oranger; des sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures.

Retourné auprès de la malade à quatre heures du soir, M. Villeneuve apprend qu'elle est accouchée spontanément à midi et demi d'une fille légèrement apoplectique, qu'on vient de faire baptiser à l'instant même. La mère était sensiblement mieux; elle avait la respiration plus facile, la parole plus assurée, le regard plus calme; mais le pouls était toujours bien faible et la chaleur peu prononcée. (Mêmes moyens, un peu de bouillon.)

Le 24, la nuit s'est bien passée; le ventre est souple, les lochies coulent suffisamment; le pouls est toujours faible. (Bouillon toutes les trois heures.)

Cette femme, que M. Villeneuve a revue le 23 juin, se trouve dans un état satisfaisant et peut vaquer à ses occupations ordinaires.

Il paraît incontestable à l'auteur que cette femme eût succombé avec son enfant si l'accouchement n'eût pas été provoqué. (*Juin* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Guérison d'une incontinence d'urine noc-

(1) Voyez, sur ce sujet, un article dans notre dernier numéro.

turne par l'acide benzoïque; observation due à M. N. DE FRAENE, chirurgien-accoucheur à Tubize. — La malade, âgée de quinze ans, d'un tempérament nerveuso-sanguin, a été atteinte deux années de suite d'arthrite aiguë. La première invasion dura trois mois; la seconde guérit avec une rapidité étonnante. Mais une incontinence d'urine nocturne se déclara immédiatement. La mère, par fausse honte, laissa cette nouvelle affection prendre pendant quatre mois droit de domicile. Elle n'en parla à l'auteur qu'au moment de mettre sa fille en pension. M. de Fraene prescrivit d'abord un traitement aromatique et tonique qui n'eut aucun effet. Se rappelant alors que l'acide benzoïque avait été préconisé en pareille circonstance, il fit préparer quarante pilules avec deux gros d'acide benzoïque. La jeune fille en prit d'abord deux le matin et autant le soir pendant quatre jours, sans s'apercevoir d'aucun changement. On lui en fit prendre alors huit en deux fois, quatre le matin, et quatre le soir. A partir de la première nuit qui suivit l'administration de ces huit pilules, l'incontinence d'urine n'eut plus lieu et cessa de se reproduire. La malade continua quelques jours encore à en prendre la même quantité; elle en prit ensuite des doses progressivement décroissantes. La guérison ne s'est pas démentie. (*Juin* 1846.)

Revue des journaux allemands.

ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Essai d'une échelle de nutrition établie d'après la proportion d'azote contenue dans les aliments de nature animale et végétale; par les docteurs SCHLOSSBERGER et KEMPT Les auteurs regardent comme un des grands progrès de la physiologie moderne la distinction des aliments en plastiques ou azotés et en respiratoires ou non azotés. Prout avait déjà soupçonné qu'une substance était d'autant plus propre à entretenir la vie qu'elle contenait plus de carbone; mais il avait oublié qu'il n'est pas moins indispensable que nos aliments contiennent aussi de l'azote, l'azote de l'air atmosphérique n'étant pas assimilable.

Prout avait cependant entrevu une partie de la vérité, et son échelle sert à nous faire connaître la richesse des aliments respiratoires, lesquels entretiennent d'autant mieux l'hématose pulmonaire et la caloricité qu'ils renferment plus d'hydrogène et de carbone, comme les huiles, les graisses, les fécules, les sucres et les alcooliques. Ces substances concourent particulièrement à la formation des tissus cellulaire et graisseux de nos organes.

Mais les matières essentiellement nutritives, celles qui servent au renouvellement du sang et de la chair musculaire, ne sont pas les plus riches en carbone; ce sont les plus riches en azote.

Ces substances sont aussi fortement chargées de phosphates. L'évaluation des proportions de ces sels fournirait aussi un bon moyen d'apprécier les qualités nutritives de certains aliments, de ceux, par exemple, qui sont gélatineux.

Les corps particulièrement destinés à la recomposition des matières protéiques (albumine, fibrine, caséine) et les gélatineux (gélatine, chondrine) présentent la plus grande analogie dans leur composition élémentaire. Ce sont eux aussi qui nourrissent le mieux s'ils sont convenablement mélangés. Ainsi, de bons bouillons et de bons consommés sont les meilleurs aliments, tant pour ceux qui se portent bien que pour ceux qui sont malades ou convalescents.

Les auteurs font toutefois remarquer, et avec raison, que, dans une échelle où l'on cherche à ranger les aliments d'après leur richesse nutritive, il ne peut être question de leur digestibilité: car il arrive souvent que des aliments pauvres en principes nutritifs sont beaucoup plus faciles à digérer que d'autres plus riches. Il s'agit d'ailleurs ici d'une appréciation toute chimique et dans laquelle il ne saurait être tenu compte d'idiosyncrasies individuelles.

Les auteurs font encore observer que tous les aliments, tels que la nature nous les fournit, sont assez constamment les mêmes; mais l'art culinaire en modifie singulièrement la richesse nutritive.

On n'avait, jusqu'ici, encore bien étudié la propriété alibile, c'est-à-dire la richesse en azote, que dans quelques produits végétaux, dans ceux qui servent principalement à la nourriture de nos animaux herbivores et granivores. Aux résultats que ces études avaient fournis à MM. Boussingault, Schlossberger et Doepping, le même M. Schlossberger et M. Kempt viennent ajouter aujourd'hui ceux de nouvelles recherches chimiques sur les aliments tirés tant du règne végétal que du règne animal. Pour évaluer la quantité d'azote contenue dans une matière organique, ils ont pesé l'ammoniure de platine obtenu par la combustion de 100 parties de matières complètement desséchées. Prenant le lait de femme pour un équivalent moyen, à peu près, et en le marquant 100, MM. Schlossberger et Kempt ont établi l'échelle suivante, dans laquelle nous avons cru devoir supprimer les substances peu employées chez nous comme aliment.

ALIMENTS VÉGÉTAUX.

Riz	81	Maïs	100—125
Pommes de terre	84	Orge	125
Navets	106	Avoine	138
Seigle	106	Blé	119—144

Pain blanc	142	Lentilles	276
Pain noir	166	Haricots	283
Fèves	320	Agaric délicieux	289
Pois	233		

ALIMENTS TIRÉS DU RÈGNE ANIMAL.

Lait de femme	100	Chair de mouton bouillie	952
— de vache	237	— de veau bouillie	911
Fromage	231—447	— de bœuf bouillie	942
Jaune d'œuf	305	Poumon de bœuf	931
Huître	305	Fibre nettoyée d'anguille	908
Moule crue	328	— de saumon	982
— bouillie	660	— de turbot	988
Anguille bouillie	428	— de raie	957
Saumon bouilli	610	— de mouton	928
Foie de bœuf	570	— de bœuf	935
— de pigeon	742	— de porc	893
Bouillon	764	Protéine pure	1006
Jambon bouilli	807	Albumine	996
Blanc d'œuf	845	Fibrine	999
Chairs de crabe et de raie	859	Caséine	1003
Chair de hareng crue	910	Gélatine	1128
— — bouillie	808	Chondrine	910
Laitance de hareng	924		
Chair de turbot bouillie	954		

(1er *cahier trimestriel de* 1846.)

Revue des journaux italiens.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

Névralgie guérie à l'aide d'incisions sous-cutanées; par M. RIBERI, professeur de clinique chirurgicale. — Il ne s'agit pas ici de l'incision ni de la résection du nerf malade, moyen qui a souvent réussi mais qui n'a pas toujours répondu à l'attente, tandis que l'on a quelquefois obtenu des succès inespérés d'une méthode en apparence beaucoup moins rationnelle, mais beaucoup plus facile d'exécution et moins sujette à accidents, laquelle consiste tout simplement à faire, à peu près au hasard, aux environs du nerf malade, des incisions simples ou sous-cutanées. Il est donc bon que les praticiens sachent qu'après qu'ils auront épuisé tous les agents de la thérapeutique interne ou externe sur une névralgie rebelle, comme M. Riberi dans l'observation qui fait le sujet de cette note, il leur reste à tenter, avant de s'attaquer chirurgicalement au nerf malade, ce qui n'est pas toujours aisé ni sans inconvénients, les incisions pratiquées dans son voisinage.

Dans l'observation rapportée par le professeur Riberi, il s'agit d'une femme de 28 ans, en proie, à divers intervalles depuis cinq ans, à une douleur névralgique revenant par accès irréguliers, sous forme d'élancements aigus, au-dessus de la tête du péroné, dans l'espace compris entre cette tête et le condyle du fémur. De là la douleur s'irradiait en haut et en bas, s'accompagnant d'une sensation de torpeur et de fourmillement dans tout le membre. Il est à remarquer que dès l'âge de dix ans cette femme avait souffert d'une douleur vive à la partie externe du même genou, laquelle avait duré quatre mois avec gonflement et n'avait cédé qu'à un traitement antiphlogistique énergique. La même douleur s'était reproduite vers l'âge de 23 ans, mais sans gonflement, et avait encore cédé aux antiphlogistiques tant généraux que locaux. Cette femme est d'ailleurs sujette à de fréquentes attaques de céphalalgies intermittentes.

Après avoir inutilement tenté divers moyens qu'il est inutile d'énumérer ici, M. Riberi eut recours à l'acupuncture, qui lui avait déjà donné de bons résultats dans d'autres cas analogues. La douleur diminua en effet d'intensité; mais au bout de cinq jours elle s'exaspéra de nouveau. Au lieu de recourir de nouveau à ce moyen qui pouvait avec de la persévérance procurer des avantages plus marqués, M. Riberi préféra employer l'incision cutanée, à laquelle il songeait depuis quelque temps. Voici, du reste, comme il l'exécuta :

Deux incisions sous-cutanées, parallèles entre elles, furent pratiquées, avec un couteau à lame très étroite, l'une à trois lignes, l'autre à cinq lignes de la tête du péroné; toutes deux étaient dirigées d'arrière en avant et rasaient le périoste. Retournant ensuite le tranchant de l'instrument vers la peau, l'opérateur incisa les tissus interposés entre le périoste et le derme. Alors il porta le tranchant de haut en bas et de bas en haut, de manière à disséquer la peau dans un court trajet, ce qui lui fut facile en traçant avec la pulpe du doigt le point où devait se rendre le bout du bistouri. Cette opération produisit un effet merveilleux : la douleur disparut promptement. Seulement,

comme la malade accusait une légère sensation douloureuse un peu au-dessus des deux incisions pratiquées, M. Riberi fit sur ce point deux autres incisions semblables aux premières, et la malade n'éprouva plus dès lors aucune douleur. On la garda encore deux semaines pour constater la durée de la guérison qui se maintint en effet tout ce temps.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

La cristallisation trouvée dans les tissus vivants ; par les docteurs G. SORRENTINO et G. SEMMOLA ; travail présenté au 7e congrès scientifique des savants italiens, à Naples. — On avait jusqu'ici avancé que les formes régulières et cristallines étaient incompatibles avec la vie à cause des mouvements continuels imprimés aux molécules organiques sous l'influence des phénomènes vitaux. Or, voici un fait qui montre jusqu'à l'évidence que l'état de vie, ou, comme on dit, la puissance vitale, n'empêche pas la génération de solides géométriques terminés par des surfaces planes et des lignes droites dans l'épaisseur des tissus vivants, tandis qu'à l'ordinaire elles ne se produisent qu'au sein des liquides contenus dans les cavités.

Il mourut un homme de 58 ans d'une gastro-entérite aiguë, consécutive à une longue maladie chronique, dans laquelle un kyste hydatique s'était développé à l'épigastre. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grosse tumeur adhérant au petit lobe du foie, descendant jusqu'à l'hypogastre, et offrant des parois épaisses, remplies d'hydatides et de sérum. L'aspect du foie était presque normal; il était seulement un peu volumineux. Mais il offrait cela de singulier qu'à la surface convexe de son grand lobe, et surtout à droite, on voyait éparses çà et là de petites inégalités et de petits points très nombreux, bien séparés les uns des autres, et qui, examinés avec soin, tant à l'œil nu qu'à l'aide d'une lentille, offraient des formes régulières et cristallines. A une première vue, ils semblent s'être formés à la superficie de la séreuse et y adhérer ; mais un examen plus attentif fit connaître que la formation avait commencé dans l'épaisseur de cette membrane, et qu'en s'accroissant ils avaient affaibli la lame externe, laquelle avait laissé par sa destruction les cristaux complètement à découvert sur les parois du foie.

La longueur de ces cristaux était de 3 millimètres ; leur épaisseur était cinq ou six fois moindre. Ils étaient diaphanes, à reflets nacrés et à moitié durs. Leurs formes étaient variées ; mais la plus commune était celle du prisme tétraèdre à base quadrilatère, terminée à l'extrémité par plusieurs facettes. Beaucoup de ces cristaux étaient incomplets ; quelques-uns étaient accolés ensemble. La même substance se retrouvait, sous forme de cristaux microscopiques ou amorphes, sur d'autres points du foie, près du lobe de Spigel, sur la surface de la tunique du kyste hydatique ainsi que sur celles de la vésicule biliaire et de la veine porte.

L'analyse de ces cristaux, faite à plusieurs reprises, a fait voir qu'ils consistaient en un phosphate de chaux uni à une matière albumineuse et à de l'eau. (*Mars* 1846.)

Revue des journaux anglais.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS.

Ulcération de la veine jugulaire interne, communiquant avec un abcès ; observation lue à la Société médico-chirurgicale de Londres par le docteur William BLOXAM, esq.—Voici un cas cité comme rare, extraordinaire, et qui nous paraît cependant mériter de fixer l'attention des praticiens, ne fût-ce que pour les désabuser sur le compte de la prétendue immunité attribuée par les chirurgiens aux tuniques des vaisseaux contre les atteintes des phlegmons. Des faits de ce genre ne sont d'ailleurs peut-être pas aussi rares que se l'imaginent les médecins appelés à les observer une fois dans leur vie. Dans notre numéro d'octobre 1845, se trouve une *Note sur un cas de fièvre scarlatine avec abcès du côté gauche du cou et suppuration suivie d'hémorrhagie mortelle.* Dans l'observation du docteur Bloxam, il s'agit encore d'une scarlatine avec abcès ; l'hémorrhagie fut également suivie de mort ; seulement elle eut lieu par la jugulaire interne, voilà toute la différence.

OBS. — L'auteur fut appelé à visiter une petite fille de cinq ans, arrivée à la troisième semaine d'une fièvre scarlatineuse. Au déclin de l'éruption une glande s'était enflammée et abcédée au côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire. Au bout de cinq jours, l'abcès s'était ouvert et avait donné lieu à un écoulement de sang, léger d'abord, mais ensuite de plus en plus abondant, et présentant tous les caractères du sang veineux.

Le docteur Bloxam vit cette enfant trois jours après le début de l'hémorrhagie qui avait alors un caractères des plus alarmants. La malade était pâle, exsangue, avait le pouls rapide, les extrémités froides. L'irritabilité était extrême.

On exerça une forte compression qui arrêta le sang pendant onze heures. Mais les mouvements désordonnés auxquels l'enfant se livrait sans cesse finirent par déranger l'appareil et ramener l'hémorrhagie. Il ne devint plus possible enfin de maintenir la compression, et la mort survint deux jours après.

A l'autopsie, on trouva sur le côté interne de la veine jugulaire interne une ulcération oblongue, de cinq lignes dans son plus grand diamètre, communiquant avec le foyer de l'abcès.

Ce fait, joint à celui que nous avons mentionné plus haut, tendrait à faire voir qu'il y a dans le pus des abcès scarlatineux une action corrosive toute spéciale, d'où il résulterait qu'on ne saurait les ouvrir trop tôt. Il ne faut pas toutefois attribuer une trop grande innocuité aux autres abcès ; car, quelques pages plus loin, dans le même recueil, on trouve une

observation d'ulcération de l'artère pulmonaire ouverte dans la cavité d'un abcès chronique des poumons. La mort eut lieu par hémorrhagie. Il n'y avait pas d'autre ulcération que celle de l'artère pulmonaire. Elle était située à deux pouces de sa bifurcation, et avait le calibre d'une plume de corbeau.

Les ulcérations des artères ne sont d'ailleurs pas chose rare. Le mémoire du docteur Bloxam appellera l'attention sur la possibilité de semblables lésions dans les veines, les mêmes circonstances échéant (vol. XXVI).

Observations sur le chancre de la bouche et sur l'érosion gangréneuse de la joue; par les docteurs DEASE et UNDERWOOD ; *sur l'efficacité du chlorate de potasse dans ces maladies* ; par le docteur H. HUNT. — La première de ces affections est aussi bénigne que la seconde est grave. Toutefois, le docteur Hunt ne les considère l'une et l'autre que comme deux degrés différents d'une même maladie, et il croit que le chancre négligé peut arriver à causer d'aussi grands dégâts que l'érosion gangréneuse. Dans le but d'éviter quelque malentendu en ce qui concerne ces deux formes de la même affection contre lesquelles il a expérimenté avec succès le chlorate de potasse, il en donne la description suivante :

La maladie consiste dans de petits ulcères siégeant à l'intérieur de la joue ou au point d'union de la membrane muqueuse de la joue avec les gencives ou sur les gencives elles-mêmes. Ces ulcérations deviennent douloureuses et causent une salivation profuse avec fétidité de l'haleine. Si le mal est négligé, les gencives sont détruites, les dents tombent et les alvéoles restent ouvertes. En même temps l'ulcère à fond noir, à bords découpés, gagne rapidement la partie interne des joues. Les téguments du point correspondant de la joue durcissent et se gonflent; ils deviennent blancs d'abord, puis de couleur roussâtre; à leur centre, il se développe un point noir qui s'étend en détruisant plus ou moins des tissus de la joue. Si l'enfant survit, il reste défiguré; il n'est pas rare qu'il perde la faculté d'ouvrir la bouche à cause de la résistance opposée par la cicatrice; mais le plus communément il succombe.

Dans la plupart des cas parvenus à la connaissance de l'auteur, la modification des téguments avait succédé à l'altération des parties internes. Il est en désaccord sur ce point avec l'opinion générale. Le chancre de la bouche a été vu sévissant à la fois sur presque tous les membres d'une même famille. Le docteur Hunt, pendant le cours d'une pratique de quarante ans, l'a vu régner une ou deux fois d'une manière comme épidémique dans la ville où il exerçait la médecine.

Les enfants atteints de cette maladie étaient généralement faibles et pâles, d'une constitution molle, et avaient des sécrétions fétides.

La quantité de chlorate de potasse prescrite par M. Hunt variait, suivant l'âge de l'enfant, de vingt à soixante grains par jour, divisés en plusieurs doses et dissous dans l'eau avec addition de sirop simple, à prendre par cuillerées à café toutes les heures ou même plus souvent. L'effet avantageux de cette médication se montrait quelquefois au bout d'un jour et presque toujours au bout de deux. L'odeur fétide de l'haleine diminuait tout-à-coup avec la salivation ; les ulcères se détergeaient et s'avivaient ; s'il n'y avait qu'une simple ulcération, elle se guérissait promptement ; s'il y avait eschare, celle-ci se détachait et il s'élevait bientôt des granulations de bonne nature. L'auteur n'a jamais vu dans aucune maladie des effets aussi rapidement avantageux que ceux du chlorate de potasse dans l'affection dont il s'agit ici. Il est bon, toutefois, d'avoir de temps en temps recours à l'emploi de quelques apéritifs. La formule qui a la confiance de l'auteur est un mélange à dose indéterminée de rhubarbe et de sulfate de potasse avec un grain de calomélas. Il la prescrivait concurremment avec le chlorate de potasse, même quelquefois avant ce dernier lorsqu'il n'y avait pas péril en la demeure. Mais il y avait des cas où la sensibilité extrême de la cavité buccale en rendait l'ingurgitation impossible.

M. Hunt cite plusieurs observations de guérison tirées, dit-il, d'un grand nombre de faits. Un seul cas s'est terminé par la mort. Mais toute la joue droite était mortifiée. L'action bienfaisante du chlorate de potasse se fit néanmoins sentir en diminuant la fétidité de l'ulcère et en suscitant un commencement de séparation entre le mort et le vif. Mais l'état général était trop mauvais et l'enfant succomba dans la nuit du jour qui suivait.

Depuis que le docteur Hunt a présenté ce mémoire, le docteur Hawkins a communiqué un nouveau cas de guérison de chancre de la bouche qu'il a obtenu dans son service de l'hôpital Saint-George. (*Ibid.*)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 août.

Candidatures. — MM. SANDRAS, GIBERT et TROUSSEAU écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et adressent la liste de leurs titres.

— M. DUMÉRIL adresse à l'Académie une lettre relative au projet d'un monument à élever à la mémoire de Geoffroy Saint-Hilaire (voyez Académie des sciences, séance du 17 août). Cette communication est accueillie avec faveur par les membres de l'Académie de médecine.

Étiologie de la pellagre. — M. le docteur LACHÈZE fait part à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Prus, du fait suivant dont il a été témoin pendant un voyage en Pologne. Les céréales ayant manqué dans la partie de la Pologne où elles sont habituellement très

abondantes et où elles constituent la nourriture presque exclusive des habitants, on fit venir du blé de Turquie. Quelque temps après que la population eut fait usage de ce nouvel aliment, il se manifesta un grand nombre de cas de pellagre, maladie dont jusque-là on ne connaissait presque point d'exemples dans ce pays.

Peste, quarantaines. — M. Mêlier dépose sur le bureau l'article additionnel suivant qu'il se propose de développer quand le moment en sera venu :

« L'Académie émet le vœu qu'une conférence ou espèce de congrès soit instituée par les soins du gouvernement entre les différentes nations intéressées dans la question des quarantaines, afin de régler de concert la durée et les conditions de ces quarantaines, et de les rendre obligatoires pour toutes. »

M. Castel a la parole. Depuis trois mois, dit-il, nous ne sommes plus en présence de la commission ; rien de ce qu'on nous oppose n'a été délibéré dans son sein. Nous ne discutons qu'avec son rapporteur qui, à chacune de nos réflexions, répond par une argumentation nouvelle, témoignage d'une grande fécondité et aussi d'un dévouement auquel nous rendons justice. Ce n'est point là la marche d'une discussion suivie, d'une discussion sérieuse. L'orateur demande la suppression de la première conclusion, parce qu'elle n'est, selon lui, qu'une trivialité et que la rédaction en est fort ambiguë. Il demande la suppression de toutes les autres, parce qu'elles exposent des faits au lieu d'exprimer des déductions. Elles sont une récapitulation inutile, stérile, d'assertions sujettes à controverse; elles sont superflues pour motiver l'établissement d'un régime sanitaire dans nos ports. A la place de ce luxe de prétendues conclusions, il propose à l'Académie les propositions générales qui suivent :

Un sol bas et humide, une température atmosphérique très élevée, les émanations que répandent les substances animales ou végétales putréfiées, une mauvaise alimentation et les autres influences débilitantes, telles sont les principales causes de la peste. Elle pourra donc naître dans toute région dans laquelle ces causes se seront développées ; là où elles existent constamment, la peste est endémique.

La transmission de la peste dépend d'un grand nombre de conditions ; rarement ces conditions se trouvent réunies.

La peste a ses variétés, ses divers modes, comme les autres maladies ; dans les degrés qu'elle présente, dans les modifications qui ont été observées, la peste du Levant est celle qui affecte le plus d'uniformité et dont les chances sont le plus redoutables.

M. Adelon prend ensuite la parole pour la troisième fois sur la première conclusion du rapport ; il termine en persistant dans sa proposition de restreindre la recherche à la désignation des lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément, et de renvoyer le chapitre et la conclusion à la commission.

M. Prus répond à M. Adelon, et termine en disant que la commission l'a chargé de faire savoir à l'Académie qu'elle persistait dans la proposition qui fait l'objet de cette discussion.

Séance du 25 août.

M. Martinet se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

Difformité, suite de fracture comminutive des deux os de la jambe; résection des fragments.—M. Josse, d'Amiens, dit M. Blandin, a eu l'idée, pour remédier à une difformité de ce genre, de faire une opération qui n'est pas nouvelle, mais qui n'en mérite pas moins, par l'heureux résultat qu'elle a eu, de fixer l'attention. Il a opéré la résection des fragments qu'il a ensuite mis en rapport dans leur direction normale, et il a obtenu ainsi une consolidation parfaite après avoir rétabli la rectitude du membre. M. Blandin met sous les yeux de l'Académie les moules en plâtre représentant l'état de la jambe avant et après l'opération. Il en est résulté un service signalé pour le malade qui marche maintenant sans claudication et qui n'a plus, à la place d'une difformité considérable, qu'un peu de raccourcissement auquel il remédie par une chaussure élevée.

M. Duméril rappelle, à cette occasion, qu'il existe dans les collections de la Faculté les moules de deux jambes dans un état à peu près pareil et qui ont été opérées dans le temps par M. Josse, qui est sans doute le père du chirurgien au nom duquel M. Blandin vient de faire cette intéressante communication. Le résultat fut également remarquable. M. Duméril a vu depuis l'opérée, qui était une jeune fille, danser sans la moindre gêne dans ses mouvements.

M. Velpeau fait remarquer que les deux cas ne sont pas tout-à-fait de la même nature. Dans l'un, la résection a été faite immédiatement après la fracture, tandis que dans l'autre cas elle ne fut faite que longtemps après la consolidation.

Peste, quarantaines.—M. Gérardin appuie l'amendement de M. Adelon.

M. Pariset demande que l'Académie ajourne toute délibération jusqu'à l'arrivée de deux nouveaux mémoires adressés à l'Académie et qui sont actuellement en chemin, l'un d'Alexandrie et l'autre de Constantinople. Le premier est de M. Marchant, le second de M. Grassi, médecins tous deux fort compétents dans la question. Ils sont une réponse aux communications de M. Clot-Bey.

M. Castel se livre à une sortie des plus vives contre le travail de la commission. Voici quelques fragments de ses paroles :

Je vous soutiens, messieurs, que mes vers sont fort bons.—M. Dupuy : Et moi fort mauvais. (Hilarité générale.) — N'est-ce pas là le langage de la commission ? Je vous demande s'il n'y a pas dans la commission une épidémie de présomption ; il semble vraiment que la présomption ait été contagieuse pour tous ses membres. — M. Dupuy : Non, elle est endémi-

que. (Nouveaux rires.) — N'est-il pas réellement inconvenant qu'après la discussion qui a eu lieu, la commission persiste à maintenir son travail, qu'elle ne se rende pas à l'évidente nécessité de le modifier ! Vous avez entendu M. Adelon et M. Gérardin proposer le renvoi de la première conclusion à la commission, dans l'espérance que ce renvoi entraînerait des modifications à toutes les conclusions ; pourquoi ne pas les renvoyer toutes en même temps ? Qu'est-ce que ces conclusions, sinon des énoncés de faits vulgaires, de véritables trivialités ?... Est-ce que nous sommes constitués en académie pour marcher ainsi terre à terre ?... M. le secrétaire perpétuel l'a dit avec raison en terminant son discours : « Ce rapport est indigne de l'Académie, indigne de la commission. »... Les membres de la commission, sans doute, sont tous d'excellents médecins, mais le rapport me fait l'effet d'être l'œuvre d'un homme qui n'a pas l'habitude d'écrire.. (Oh ! oh !) Il ne pourrait être présenté ainsi à des hommes ayant la moindre culture d'esprit. (Murmures, vives réclamations sur tous les bancs.)... Ainsi, je fais la proposition formelle de renvoyer, non pas une, mais toutes les conclusions à la commission.

M. Prus répond qu'après avoir vu son travail accueilli avec tant de bienveillance par la commission et par l'Académie, il était loin de croire qu'il serait *ravalé* au point où on vient de le faire. Je crois voir, ajoute-t-il, dans le caractère de ces attaques la nécessité où l'on se trouve de suppléer par la violence à la faiblesse des arguments et au petit nombre des opposants.

M. Prus s'oppose à ce qu'on attende l'arrivée des deux mémoires qui sont en chemin. Les opinions de leurs auteurs sont connues, et si l'on voulait attendre tous les documents qui se produiront encore sur la question, il est évident que l'on n'en finirait pas.

Un mot encore à M. Castel, et je termine. Vous avez entendu en quels termes notre collègue a qualifié le travail de la commission ; vous me permettrez de ne pas m'y arrêter ; c'est votre vote qui décidera. (Très bien ! Marques générales d'assentiment.)

La discussion est close sur la première conclusion. M. le président met aux voix le renvoi de la première conclusion à la commission, proposé par M. Adelon, et auquel M. Castel s'est rangé.

La première épreuve est déclarée douteuse. Une seconde épreuve fournit seize mains levées pour le renvoi, quinze contre. Quelques membres se sont abstenus. L'épreuve est encore déclarée douteuse.

Plusieurs membres réclamant avec instance le scrutin, le président ordonne qu'il y soit procédé. Les bulletins devront porter seulement les mots *oui* ou *non* sur la simple proposition du renvoi à la commission.

La feuille de présence porte 63 noms. Nombre des membres présents ayant pris part au vote, 48. Oui, 24 ; non, 21 ; trois bulletins blancs. La proposition de renvoi est adoptée.

— M. Lesauvage (de Caen), correspondant de l'Académie, présente deux exemples d'éburnation des surfaces articulaires, l'une à l'articulation coxo-fémorale, l'autre à l'articulation fémoro-tibiale, et survenues à la suite d'inflammation de l'articulation, avec érosion des cartilages diarthrodiaux. M. Lesauvage avait déjà parlé, dans un mémoire sur les luxations spontanées, de ce mode d'altération, entièrement négligé par les pathologistes.

Séance du 1er septembre.

Candidature. — M. Bayle se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

Peste, quarantaines. — M. Prus, rapporteur de la commission de la peste, a la parole pour une proposition.

Il rappelle à l'Académie qu'en prononçant le renvoi de la première conclusion du rapport, elle n'a pas formulé le changement qu'elle désirait voir introduire dans la proposition en discussion. La commission s'est réunie plusieurs fois pour en délibérer. Croyant entrer dans les vues de l'Académie, elle a décidé, à l'unanimité des membres présents, qu'elle s'efforcerait de diminuer le nombre des conclusions scientifiques qui terminent le rapport, et de les ranger dans un ordre tel qu'on pût, à la première vue, en saisir l'enchaînement et le but. Mais, dans sa pensée, il ne s'agit point d'un changement à apporter dans les principes et dans les doctrines.

Toutefois, l'exécution de ce plan fait naître de sérieuses appréhensions dans la majorité de la commission. On a fait des reproches très sévères au rapport dans la discussion générale ; on les a renouvelés, et d'une manière plus acerbe encore, lors de la discussion de la première conclusion. Or, aucun des votes de l'Académie n'est intervenu pour faire connaître son jugement sur la valeur des reproches de ceux même qui pouvaient paraître les plus exagérés.

Il importe donc à la commission, avant de passer outre, de savoir si le blâme sévère articulé contre le rapport par plusieurs de ses savants adversaires est sanctionné par la majorité de l'Académie ; car si l'Académie avait cette conviction que le travail qui lui est soumis est radicalement défectueux, ce ne sont pas des modifications secondaires de forme et de coordination qu'il faudrait lui imprimer : ce serait un travail à reconstruire sur d'autres bases.

La commission supplie donc l'Académie de vouloir bien mettre un terme à une incertitude pénible en faisant connaître par un vote le nombre de ses membres qui pensent que le travail de la commission est indigne de son approbation. Cette manifestation n'engagerait d'ailleurs l'avenir en aucune façon, puisque des amendements pourront être faits à toutes les conclusions nouvelles qui seront présentées à l'Académie.

Sur la demande de plusieurs membres, M.

Prus formule ainsi la proposition qu'il soumet à l'approbation de l'Académie :

« L'Académie déclare que le travail de la » commission peut être regardé comme une » base de discussion qui lui permet de for- » muler sa pensée concernant les principales » questions touchant la peste et les quaran- » taines. »

M. Castel croit tout-à-fait superflu le vote que la commission demande à l'Académie, celle-ci ayant suffisamment exprimé son opinion. Il déclare que personne n'a l'intention de supprimer le rapport ; on n'a que celle de le faire modifier.

M. Adelon trouve tout-à-fait inusité et en dehors des usages académiques ce que propose M. le rapporteur ; mais il s'empresse tout le premier à reconnaître que le rapport est un bon texte, et il est loin de s'opposer à ce que l'on donne cette satisfaction à la commission.

M. Gaultier de Claubry demande qu'on aille aux voix. MM. Moreau et Castel insistent sur l'inutilité du vote demandé. M. Prus déclare de son côté qu'il a la mission formelle de la part de la commission de réclamer le vote. (Aux voix ! aux voix !)

La proposition de M. le rapporteur est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins quelques voix ; personne ne lève la main à la contre-épreuve.

M. Prus : Je dois déclarer, au nom de la commission, qu'elle n'entend retrancher aucune conclusion, mais que son intention est seulement de les contracter.

M. Moreau pense que la commission ferait bien de se borner aux trois questions suivantes :

1° Dans quels pays la peste existe-t-elle actuellement ?

2° La peste est-elle transmissible ?

3° En cas d'affirmation, quelles sont les précautions à prendre pour en arrêter la marche ?

M. le Président : La commission prendra cet avis en considération.

Séance du 8 septembre.

M. Lagneau lit, au nom de M. Baffos et au sien propre, un rapport sur un travail de M. Loreau, professeur à l'École de médecine de Poitiers, ayant pour titre : *Notice sur l'utilité des boissons abondantes dans l'uréthrite.*

Ce rapport, approbatif dans tous ses points, est terminé par les conclusions suivantes : La commission propose le renvoi du mémoire au comité de publication, et demande que le nom de M. Loreau soit inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Velpeau : J'appuie d'autant plus volontiers les conclusions de la commission que M. Loreau a déjà communiqué à l'Académie plusieurs travaux qui dénotent un homme très instruit, très capable et très digne, sous tous les rapports, de figurer au nombre de nos correspondants.

M. Piorry : J'ai l'avantage de connaître personnellement M. Loreau, et je puis assurer à l'Académie que c'est un médecin extrêmement distingué.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

— M. Huguier lit un mémoire sur les maladies des follicules sébacés et pilifères de la vulve.

Spécifiques mercuriaux dans les maladies de la peau et la syphilis. — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, donne lecture d'un travail sur ce sujet, pour appuyer sa candidature à l'Académie.

A l'occasion du traitement de la gale par la pommade citrine, il mentionne les accidents causés par ce topique, notamment la salivation, puis il indique divers autres remèdes plus avantageux, et notamment la teinture alcoolique de staphisaigre. Il vante les bons effets de l'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis, modifiée, d'après une formule qui lui est propre, dans diverses affections papuleuses, squameuses, vésiculeuses et pustuleuses de la peau.

Arrivé au traitement des syphilides, il indique, comme le meilleur moyen de combattre celles-ci, l'administration intérieure du sirop de deuto-iodure ; puis il s'élève à quelques considérations sur les médications spécifiques, comparées à celles dites rationnelles. Le principal objet du thérapeutiste doit toujours être, suivant lui, la recherche des spécifiques. « N'est-ce pas, en effet, dit-il en terminant, la médication la plus éminemment rationnelle, celle qui s'attaque directement à la cause du mal ? Or, c'est évidemment là que tend l'empirisme raisonné appliqué à la recherche des médicaments spécifiques. »

Séance du 15 septembre.

M. Vogel, correspondant de l'Académie à Munich, assiste à la séance.

Peste, quarantaines.

M. Prus donne lecture de la nouvelle rédaction des conclusions arrêtée par la commission.

Les conclusions médicales du rapport ont été réduites à cinq ; les conclusions pratiques ne sont plus qu'au nombre de deux. Voici la teneur de ces conclusions réduites :

1° *Lieux où naît la peste.* — Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne, l'Egypte ; puis, la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis, et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus exister pour l'Algérie.

2° *Causes de la peste.* — Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; un air chaud et humide ;

des maisons basses, mal aérées, encombrées; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation insuffisante et malsaine; une grande misère physique et morale; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

3° *Transmissibilité.* — La peste, à l'état sporadique, ne paraît pas susceptible de se transmettre. La peste épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

4° *Modes de transmission.* — Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades; ces miasmes, répandus dans des endroits clos ou mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades. De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle que les marchandises ne transmettent pas la peste.

5° *Incubation.* — En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

6° *Prophylaxie de la peste.—Par l'hygiène.* —Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en combattant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

Les mesures suivantes, bien observées, seraient suffisantes pour prévenir l'importation de la peste en France.

7° *Par la législation sanitaire.* — Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects; leur délivrer *patente nette* en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existerait pas ou n'existerait qu'à l'état sporadique; *patente brute* en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Avec la première patente, leur imposer dix jours de quarantaine d'observation; avec la seconde, quinze jours. Compter cette quarantaine à l'instant du départ; en d'autres termes, y comprendre le temps de la traversée.

Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée.

Provisoirement et jusqu'à ce que des expériences décisives aient pu être faites relativement à la transmissibilité ou à la non-transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée. Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage dans le but de purifier les marchandises.

Enfin, disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront d'ailleurs y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Des irrigations et des bains prolongés dans le traitement des formes aiguës de la folie et particulièrement de la manie. — M. Brière de Boismont expose les méthodes employées jusqu'à ce jour dans le traitement de la manie. Il résulte de ses recherches qu'un petit nombre de manies guérissent dans le premier mois; mais les guérisons les plus nombreuses ont lieu du deuxième au quatrième, tant en France qu'en Angleterre, et encore reste-t-il une fraction très forte de malades qui ne guérissent que du cinquième au douzième mois.

Dans la méthode de l'auteur, le traitement est en général d'une semaine, et ne dépasse pas quinze jours. 72 observations forment la base de son mémoire, savoir : 35 cas de manie aiguë, 10 d'exaltation maniaque, 11 de délire des ivrognes, 10 de monomanie, 4 de manie chronique intermittente, avec symptômes aigus. Sur les 35 manies, 33 ont guéri. Les 11 cas de délire des ivrognes ont tous guéri. Dans les 10 cas d'exaltation, il y a eu 4 guérisons. Les 10 observations de monomanie se sont toutes terminées d'une manière favorable. Les 4 cas de monomanie chronique intermittente ont résisté à la méthode.

Le traitement, dont la durée a été de un à quinze jours, a consisté dans des bains à la température ordinaire, se refroidissant lentement, et dans lesquels les malades restent dix, douze, quinze, et même dix-huit heures, recevant en même temps sur la tête une irrigation d'eau froide qui tombe d'un seau en zinc, à tuyau filiforme, placé à la hauteur de 3 à 4 pieds.

Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille.

Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans amélioration marquée, il faut les cesser; on pourra plus tard les prescrire de nouveau.

Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30 degrés centigrades, et les irrigations à celle de l'eau froide.

La manie chronique avec agitation a été améliorée, mais elle n'a point guéri par ce traitement.

L'emploi des bains prolongés, dit M. Brière de Boismont en terminant, n'est point nouveau dans la science; mais jusqu'à présent cette méthode, d'une application facile et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans les cas de l'espèce.

(Commissaires : MM. Adelon, Ferrus, Pariset.)

Thérapeutique des affections saturnines. — M. SANDRAS, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, a fait avec M. Bouchardat des expériences desquelles il résulte que le persulfure de fer est un bon contre-poison du plomb, du cuivre, du sublimé corrosif et de l'arsenic. Il résulte également des travaux des toxicologistes modernes que ces poisons absorbés vont se déposer dans le foie; des recherches de MM. Bouchardat et Sandras, appuyées des expériences de M. Blondlot, que le foie est un organe d'élimination. MM. Bouchardat et Sandras en ont conclu que dans les cas d'empoisonnement il faut toujours, en même temps qu'on évacue le poison, tenir dans le tube digestif un contre-poison en excès pour prévenir la résorption par les radicules de la veine-porte.

Après l'emploi d'un ou deux bains savonneux, de l'eau de Sedlitz ou de l'huile de croton, M. Sandras fait avaler au malade, matin et soir, dès le premier ou le second jour du traitement, une cuillerée à bouche d'un mélange de sirop et de persulfure de fer ainsi préparé :

On fait dissoudre à l'eau tiède, dans un vase de terre, deux kilogrammes de sulfate de fer du commerce. Il faut pour cela un peu plus que le même poids de liquide.

On a, d'autre part, préparé à l'avance une solution de foie de soufre dans l'eau bouillante; on verse cette solution dans celle de sulfate de fer et on obtient à l'instant un précipité noir abondant; on laisse déposer, et quand la liqueur qui surnage ne donne plus de teinte noire par l'addition du foie de soufre dissous, on est assuré que tout le sulfate ferrugineux a été éliminé.

Le précipité noir est ramolli en décantant; on l'étale sur une toile très serrée, et à plusieurs reprises on lave à l'eau froide et pure, jusqu'à ce que le résultat de l'opération ne laisse plus dégager l'odeur d'œufs pourris. On laisse alors égoutter le précipité, en ayant soin de le couvrir, et, quand il n'est plus que légèrement humide, on l'enferme dans des pots de faïence bien bouchés.

Pour administrer ce persulfure, on en mêle 90 grammes avec 500 grammes de sirop simple, et c'est ce mélange qu'on fait prendre aux malades. Ils en peuvent sans danger prendre des doses beaucoup plus considérables, et continuer l'usage pendant des semaines et même des mois.

M. Sandras a obtenu les plus grands succès de son traitement.

(Commissaires : MM. Renauldin, Chevalier, Rayer.)

— M. COLAS lit un travail sur le traitement des maladies chroniques.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 août 1846.

Projet de monument en l'honneur de Geoffroy Saint-Hilaire. — M. DUMÉRIL transmet un prospectus concernant l'érection d'une statue de M. E. Geoffroy Saint-Hilaire qui doit être élevée dans la ville d'Étampes, lieu natal de ce savant. Cette cité a conçu, dit-il, le projet, adopté par le gouvernement, d'ériger en l'honneur de notre célèbre confrère une statue en bronze sur l'une de ses places publiques. C'est dans ce but qu'elle demande, dans ce programme, la coopération des savants et des hommes les plus éminents de la France.

Cette communication, faite au nom de M. Duméril par M. FLOURENS, secrétaire perpétuel, qui y a joint l'appui de sa parole, a été écoutée dans un religieux silence et accueillie avec les marques du plus vif intérêt et de la plus grande sympathie (1).

— L'Académie, sur les observations faites par M. FLOURENS concernant l'opportunité de rapprocher le terme assigné au concours de la question *du développement de l'œuf*, et de le fixer à cette année, procède à la nomination au scrutin d'une commission pour l'examen des mémoires envoyés à ce concours. Les membres désignés par le choix de l'Académie pour faire partie de cette commission sont MM. Flourens, Duméril, Serres, Dumas, Velpeau.

L'Académie procède à un deuxième scrutin pour la nomination d'une commission appelée à juger les mémoires envoyés au concours pour les deux questions ainsi conçues : « *Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes? Des moyens de prévenir les enterrements prématurés.* » Cette commission se trouve composée de MM. Rayer, Andral, Serres, Magendie et Duméril.

Séance du 24 août.

Maladie connue au Brésil sous le nom de morphée. M. RENDU lit une note sur cette maladie étrangère à nos contrées, et qu'il a eu l'occasion d'observer au Brésil.

La morphée attaque tous les âges, tous les sexes, toutes les races, toutes les couleurs, toutes les constitutions et tous les tempéraments. Des taches, dont la largeur et la couleur varient, apparaissent au visage et sur différentes parties du corps, et la peau, dans les points qu'elles occupent, a perdu sa sensibilité et sa propriété exhalante. Par degrés, ces taches augmentent en nombre et en volume. A ce premier symptôme, dont la durée est de 7 à 8 mois, succèdent des tubercules qui surgissent soit aux points primitivement maculés, soit aux endroits où l'on n'avait aperçu aucune tache. C'est plus particulièrement à la face, aux oreilles, aux sourcils, que se montrent ces tubercules, dont l'épaisseur augmente graduellement, et qui peuvent acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Tantôt ces tubercules s'ulcèrent et suppurent, tantôt ils se résolvent et disparaissent; mais le plus souvent ils persistent, augmentent en nombre et en grosseur, et de larges ulcères leur succèdent.

Lorsque la maladie a déjà quelque durée,

(1) Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté des sciences de Paris.

souvent alors on voit la muqueuse des fosses nasales se prendre ; des ulcérations s'établissent, les cartilages nasaux tombent, le nez se déforme, la voix est altérée, et le mal, continuant ses ravages, s'étend jusqu'aux poumons, à la lésion desquels finit par succomber le morphétique.

Aux signes locaux que nous venons d'énumérer s'ajoutent aussi des phénomènes spéciaux : des crampes musculaires, des soubresauts, une sensation de fourmillement ou d'engourdissement, de la somnolence, etc. Dès le début de l'affection, les désirs vénériens sont abolis. Ce symptôme devient plus prononcé à mesure que la maladie fait des progrès.

Les organes digestifs sont intacts, et c'est par cette circonstance que la morphée diffère de la pellagre, maladie dont elle se rapproche à tant d'autres égards.

M. Rendu a constaté à l'autopsie une diminution constante du volume de la masse encéphalique et de la moelle épinière. C'est la seule lésion constante qu'il ait observée.

Les causes prochaines de cette affection lui paraissent devoir être attribuées à une température élevée et humide, à une alimentation trop azotée, à la non-observance des préceptes hygiéniques.

Il ne peut y avoir qu'un traitement prophylactique, fondé sur l'hygiène ; car la maladie, une fois déclarée, est toujours sans remède.

Migraine.—M. Auzias-Turenne lit un mémoire sur le mécanisme de cette affection. Il définit ainsi la migraine : une douleur de tête qui résulte de la compression du nerf trijumeau, et plus particulièrement de sa branche ophthalmique, par du sang accumulé, sous l'influence de causes très diverses, dans les sinus de la base du crâne, et spécialement dans le sinus caverneux. Il justifie la prédilection de la migraine pour la branche ophthalmique de Willis par les rapports de cette branche avec le sinus caverneux. Les vomissements qui compliquent la migraine tiennent, selon lui, aux rapports du nerf pneumogastrique avec le golfe de la veine jugulaire interne et avec cette veine elle-même. Si la prédisposition à contracter la migraine disparaît quelquefois à l'arrivée de l'époque menstruelle pour se reproduire vers l'âge critique, si des évacuants et des révulsifs puissants appliqués vers les membres inférieurs ont une heureuse influence contre la migraine, cela provient d'une sorte d'antagonisme qui existe entre le système de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure. En diminuant la quantité et l'activité du sang qui circule dans le premier de ces vaisseaux, on facilite le débouché du second et de ses veines tributaires dans l'oreillette droite du cœur.

Le traitement de la migraine doit donc avoir pour objet : 1° de prévenir la compression du nerf trijumeau ; cette partie du traitement constitue la prophylaxie de la migraine ; elle emprunte à l'hygiène ses moyens d'action ; 2° d'en pallier les effets par des mouvements, des positions de tête, etc.; cette partie du traitement constitue le traitement palliatif de la migraine ; 3° de faire disparaître ses effets. On obtient ce résultat par le concours de moyens gymnastiques et de substances médicamenteuses stimulantes, évacuantes et révulsives.

Séance du 31 août.

Action des vapeurs phosphorées sur l'économie.— M. Dupasquier adresse un mémoire dans lequel il signale un certain nombre de faits qui l'ont conduit à émettre des conclusions contraires à ce que l'on a publié récemment sur ce sujet. Il conclut de ses recherches : 1° que les émanations phosphorées n'exercent point sur les ouvriers les influences funestes qu'on leur a attribuées ; 2° qu'elles ne donnent lieu qu'à une irritation bronchique nullement grave, qui disparaît bientôt par l'habitude qu'acquiert la membrane muqueuse pulmonaire du contact de ces vapeurs phosphorées.

M. Dupasquier ne prétend pas toutefois infirmer l'exactitude des faits graves signalés dans les fabriques allemandes et dans celles des environs de Paris. Mais ils doivent, d'après ses observations, être attribués à d'autres causes qu'à l'influence des vapeurs phosphorées. Peut-être sont-ils la conséquence de l'emploi de l'acide arsenieux dans la composition de la pâte phosphorique. M. Dupasquier dit avoir appris, en effet, de la manière la plus certaine, que, malgré la défense faite par le conseil de salubrité de Paris d'employer l'arsenic dans la composition des allumettes chimiques, beaucoup de fabricants en introduisent encore une quantité considérable qui s'élève même jusqu'au quart du poids total des matières employées dans cette composition.

Séance du 7 septembre.

Action du seigle ergoté sur l'économie. — M. Louis Parola, médecin en chef de la province de Coni, lit une note supplémentaire à un mémoire sur le même sujet, qu'il a présenté à l'Académie des sciences en décembre 1843. Voici les conclusions qu'il tire des recherches botaniques, chimiques et thérapeutiques auxquelles il a soumis l'ergot :

1° L'ergot de seigle exerce une double action sur l'organisme, dont l'une sur les forces générales, manifestement hyposthénisante, antiphlogistique, l'autre sur la fibre organique et sur le sang.

2° Cette double action est à peu de chose près commune à l'ergot des autres graminées.

3° La genèse de l'ergot n'est due ni à un cryptogame, ni à un nosocarys ; c'est une substance amorphe produite par une maladie des graminées, et qui consiste probablement dans une sécrétion accidentelle du pédoncule de l'épillet.

4° Il n'existe dans l'ergot du seigle qu'un principe actif principal, qui est de nature ré-

sineuse. Sa proportion relative dans les diverses préparations de l'ergot donne la mesure de son efficacité.

5° L'ergot est doué d'une vertu élective hémostatique très prononcée dans les hémorrhagies actives.

6° Son action calmante, très prononcée sur les mouvements respiratoires et sur le système sanguin, le rend un des moyens les plus puissants pour affaiblir la marche de la phthisie pulmonaire et en procurer quelquefois la guérison.

7° Par cette même action, le seigle ergoté est un médicament très énergique dans les maladies inflammatoires, particulièrement comme auxiliaire de la saignée.

8° Son action calmante des mouvements nerveux et artériels en fait un moyen d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde.

9° Dans le travail de l'accouchement et dans les métrorrhagies actives, il est d'un secours précieux, soit pour arrêter l'écoulement sanguin, soit pour hâter la sortie du fœtus.

10° La poudre et l'extrait résineux sont les préparations les plus actives et les plus convenables pour les usages thérapeutiques dans les circonstances urgentes, tandis que les préparations aqueuses peuvent être préférées dans les affections légères et chroniques.

Le travail de M. Parola est renvoyé à la commission précédemment nommée, à laquelle on adjoint M. de Jussieu pour la partie botanique.

NOUVELLES MÉDICALES.

Affections cholériformes. Nous parlerons dans un prochain numéro de quelques cas actuellement en voie d'observation, dans lesquels il y a eu complication ou même prédominance de l'élément cholérique. Nous ne les désignons pas sous le nom de *choléra*, parce que si quelques-uns ont en effet présenté les caractères de cette dernière maladie, ces cas ont été fort rares et fort disséminés dans les hôpitaux de Paris ou dans la pratique civile. Il était si naturel, dans une constitution comme celle de cet été, qui semblait devoir nous amener les affections des pays chauds, de compter parmi celles-ci le choléra, qu'on y a aussitôt crié dès l'apparition de quelques-uns des symptômes qui lui appartiennent, mais qui seuls ne suffisent cependant pas à le caractériser légitimement. Nous pouvons assurer que les cas de véritable choléra, même indigène, n'ont pas été communs, tandis qu'il n'a pas été rare de voir subvenir dans le cours d'une fièvre continue des vomissements abondants, des selles avec refroidissement, crampes, diminution des urines. Voilà bien des symptômes du choléra d'Europe; mais ce qui nous éloigne d'y voir un véritable choléra, c'est la prolongation de ces symptômes pendant un très grand nombre de jours, ce qui n'a pas lieu d'ordinaire dans le choléra indigène, dont la durée ne va guère au delà de quatre ou cinq jours. C'est enfin le peu de gravité habituel de cette complication cholérique, malgré l'aspect sérieux que présente l'ensemble des symptômes.

Ajoutons aussi que l'état sanitaire à Paris ne présente rien d'inquiétant. Les fièvres typhoïdes sont communes dans les hôpitaux; mais elles nous paraissent avoir, en général, peu de gravité.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 26 août, un concours public sera ouvert le 2 janvier prochain devant la Faculté de médecine de Paris pour douze places d'agrégés, savoir : cinq places pour la section de médecine, quatre places pour la section de chirurgie, trois places pour la section des sciences physiques, pharmaceutiques et naturelles.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1847.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir : pour la section de médecine, avant le 2 décembre 1846; pour la section de chirurgie, avant le 2 mars 1847; pour la section des sciences physiques et naturelles, avant le 2 juin suivant.

Légion-d'Honneur. Sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés chevaliers MM. les officiers de santé dont les noms suivent :

MM. Salleron (Eugène-Romain), chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie; de Santi (Jean-Laurent), chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie; Delbecq (Louis-Alexandre-Joseph), chirurgien-aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie; Lebrun (Ambroise-François-Aquila), chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie.

— A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Strasbourg pour la chaire de physiologie, M. Kuss, agrégé et chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur. Il avait obtenu cinq voix au scrutin, et M. Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences, en avait eu deux.

— Par suite d'un concours ouvert le 2 juillet 1846 par devant la même Faculté pour la place de prosecteur d'anatomie, M. Charles Morel, de Hétoncourt-sur-Marne (Haute-Saône), a été nommé à cet emploi.

— M. le docteur Paul, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan, a été présenté par le conseil de santé des armées pour remplacer M. Gasté, médecin en chef de l'armée d'Afrique.

— M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, membre de l'Académie française, etc., vient d'être promu à la pairie. M. Flourens est docteur-médecin de Montpellier; mais il n'exerce pas la médecine.

— Prix décernés a des médecins militaires. — Le pair de France, ministre secrétaire d'Etat de la guerre, a décidé que les récompenses suivantes seraient décernées aux officiers de santé militaires qui lui ont adressé les meilleurs mémoires sur les questions de médecine, de chirurgie et de pharmacie, mises au concours en 1845.

Question de médecine. — Médaille d'or décernée à M. Catteloup (Bon-Auguste), médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie.

1re mention honorable à M. Finot (Pierre-Xavier), médecin ordinaire de 2e classe aux ambulances de l'Algérie.

2e mention honorable à M. Cambay (Charles-Alexandre-Joseph), officier de santé du même grade auxdites ambulances.

Question de chirurgie.—Mention honorable accordée à M. Potier-Duplessis (Jacques-Louis-Charles-Maxime), chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Montmédy.

Question de pharmacie. — 1re mention honorable à M. Fix (Laurent), chirurgien aide-major de 2e classe au 34e régiment d'infanterie de ligne.

2e mention honorable à M. Galinier (Pierre), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Besançon.

Nota. Les commissions chargées d'examiner les mémoires relatifs aux questions de chirurgie et de pharmacie ont été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de décerner cette année la médaille d'or.

Prix proposés.

La Société de médecine de Lyon décernera, dans sa séance publique du mois de décembre 1847, une médaille d'or de la valeur de 400 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

De l'iodure de potassium : de ses sophistications dans le commerce, des moyens de les reconnaître ; du mode d'administration de ce médicament, de ses doses ; des accidents toxiques qu'il peut produire, des cas pathologiques où il peut être utilement administré à l'intérieur ; des contre-indications de son emploi.

Le travail des concurrents, sur ces divers points de l'étude de ce remède, devra se baser sur des faits avérés, déjà publiés ou encore inédits.

Une seconde médaille d'or, également de la valeur de 400 fr., sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette autre question :

Topographie médicale et hygiénique de la ville de Lyon.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés francs de port, avant le 16 août 1847, à M. Rougier, secrétaire général de la Société.

Chaque mémoire devra porter en tête une épigraphe qui sera répétée dans un billet cacheté, contenant le nom et l'indication de la demeure de l'auteur.

Nécrologie.

M. le docteur Dupuch-Lapointe, ancien secrétaire général de la Société de médecine de Bordeaux, professeur honoraire de l'École de médecine de la même ville, vient de succomber après une longue et douloureuse maladie.

—La chirurgie lyonnaise vient de perdre simultanément les deux frères Martin, anciens chirurgiens en chef de la Charité. Aimé et Étienne Martin, connus sous les noms de Martin l'aîné et Martin le jeune, ont parcouru la même carrière avec distinction, et la mort les a surpris à quelques jours de distance. L'un a vécu 70 ans, l'autre 75.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Explication des planches de l'atlas.

PLANCHE XIII. (ARNOLD.)

FIGURE I.

Ligaments du pied gauche, vus par derrière.

A. Le tibia. *a.* La malléole interne.
B. Le péroné. *b.* Malléole externe.
C. L'astragale.
D. Le calcanéum. *c.* Tubérosité du calcanéum ; *d.* saillie latérale, apophyse latérale ou soutien de l'astragale.
1. Ligament interosseux de la jambe.
2. Ligament de la malléole externe ou tibio-péronier postérieur.
3. Ligament latéral interne ou deltoïdien de l'articulation du pied.
4. Ligament postérieur de l'articulation du pied.
5. Ligament calcanéo-péronier.
6. Ligament latéral postérieur de l'articulation du pied ou péronéo-astragalien.
7. Ligament latéral moyen de l'articulation du pied, autrement dit perpendiculaire, droit moyen.
8. Ligament calcanéo-astragalien postérieur.

FIGURE II.

Ligaments du pied gauche, vus par le côté interne.

A. Le tibia. *a.* Malléole interne.
B. Péroné.
C. L'astragale; *b.* sa tête ; *c.* son col; *d.* une partie de la surface articulaire du corps de l'astragale ; *e.* apophyse postérieure de l'astragale.
D. Le calcanéum. *f.* Tubérosité du calcanéum ; *g.* son corps ; *h.* son apophyse latérale; *i.* l'antérieure.
E. Le cuboïde.
F. Le scaphoïde.
G. Le premier os cunéiforme ; *k.* sa base; *l.* son sommet.
H. Le second os cunéiforme.

I. L'os métatarsien du gros orteil ; K. celui du second doigt.

L. Première série des phalanges ; M. la seconde ; N. la troisième ; O. os sésamoïde interne du gros orteil.

1. Ligament latéral interne ou deltoïdien de l'articulation du pied.

2. Ligament postérieur de l'articulation du pied.

3. Ligament calcanéo-astragalien postérieur.

4. Ligament calcanéo-cuboïdien plantaire.

5. Ligament astragalo-scaphoïdien ; *m.* sa partie supérieure ; *n.* l'interne.

6. Ligament calcanéo-scaphoïdien plane ou cartilagineux.

7. Premier ligament cunéo-scaphoïdien plantaire.

8. Premier ligament cunéo-scaphoïdien dorsal.

9. Second ligament cunéo-scaphoïdien dorsal.

10. Ligament dorsal du premier et du second os cunéiforme.

11. Ligament dorsal du métatarsien du gros orteil ; 12. le plantaire.

13. Ligaments latéraux internes des doigts.

14. Ligaments capsulaires des orteils.

FIGURE III.

Ligaments du pied gauche, vus par le côté externe.

A. Tibia.

B. Péroné. *a.* Malléole externe.

C. L'astragale. *b.* son corps ; *c.* son col ; *d.* sa tête.

D. Le calcanéum ; *e.* sa tubérosité ; *f.* son corps ; *g.* son apophyse antérieure.

E. Le cuboïde.

F. Le scaphoïde.

G. Premier os cunéiforme ; H. le second ; I. le troisième.

K. Os métatarsiens : *h.* du premier orteil ; *i.* du second ; *k.* du troisième ; *l.* du quatrième, et *m.* du cinquième.

L, M, N. Premières, secondes et troisièmes phalanges.

1. Ligament interosseux de la jambe.

2. Ligament tibio-péronier ou ligament supérieur de la malléole externe ; 3. l'antérieur ; 4. le postérieur.

5. Ligament latéral externe moyen de l'articulation du pied ou perpendiculaire ; 6. l'externe et postérieur ; 7. l'externe et antérieur.

8. Appareil ligamenteux de la concavité du tarse.

9. Ligament calcanéo-cuboïdien plantaire. *n.* Couche superficielle, et *o.* couche profonde de ce ligament.

10. Ligament calcanéo-cuboïdien dorsal.

11. Ligament calcanéo-scaphoïdien dorsal.

12. Ligament astragalo-scaphoïdien.

13. Ligament cuboïdo-scaphoïdien dorsal.

14. Second ligament cunéo-scaphoïdien dorsal.

15. Le troisième.

16. Ligament cunéo-cuboïdien dorsal.

17. Ligament dorsal du second et du troisième os cunéiformes.

18. Ligament dorsal du premier et du second cunéiformes.

19. Ligaments trijumeaux du second métatarsien.

20. Ligaments bijumeaux internes ; 21. bijumeaux externes.

22. Ligaments transversaux postérieurs dorsaux du métatarse.

23. Ligaments capsulaires des doigts.

24. Ligaments latéraux externes des doigts.

FIGURE IV.

Ligaments tarso-métatarsiens profonds, vus sur une partie de la plante du pied droit.

A. Une partie du scaphoïde.

B. La plus grande partie du cuboïde. *a.* Ligne transverse ; *b.* sillon du cuboïde.

C. Premier os cunéiforme ; D. le second ; E. le troisième. *c.* Surface auriculaire du premier os cunéiforme.

F, G, H, I. Bases des second, troisième, quatrième et cinquième os du métatarse.

1. Ligament latéral interne du second os métatarsien.

2. Ligament fourchu superficiel.

3. Ligament droit du second os métatarsien.

4. Ligament fourchu profond.

5. Ligament latéral externe du troisième métatarsien.

6. Ligament double du quatrième métatarsien.

7. Ligament droit du cinquième métatarsien.

8. Ligament transversal du cinquième métatarsien.

9. Ligament entre les os du métatarse.

10. Ligament transversal postérieur plantaire du quatrième et du cinquième métatarsiens.

11. Ligaments transversaux postérieurs intermédiaires.

FIGURE V.

Ligaments croisés et latéraux du troisième os métatarsien, vus à la partie externe du côté droit.

Le quatrième et le cinquième os du métatarse ont été ouverts, afin que l'on pût voir les ligaments.

A. Le cuboïde ; *a.* sa surface antérieure.

B. Troisième os cunéiforme. *b.* La base ; *c.* le sommet de cet os.

C. Os métatarsien du milieu ; *d.* sa base ; *e.* sa surface latérale ; *f.* sa tête.

1. Ligament croisé interne du métatarsien du milieu.

2. Ligament croisé externe du même os.

3. Premier ligament latéral du même os (s'étendant du troisième os cunéiforme au côté externe du troisième métatarsien).

4. Second ligament latéral du métatarsien du milieu (s'étendant du cuboïde à ce dernier os).

PLANCHE XIV. (ARNOLD.)

FIGURE I.

Ligaments du pied gauche, vus par la surface plantaire.

A. Le calcanéum ; *a.* sa tubérosité ; *b.* son apophyse antérieure ; *c.* l'apophyse latérale.

B. L'astragale. *d.* Le corps; *e.* la tête de cet os.

C. Le cuboïde. *f.* Ligne oblique du cuboïde.

D. Le scaphoïde. *g.* Tubérosité du scaphoïde.

E. Le premier os cunéiforme; F. le second; G. le troisième.

H. Les os métatarsiens; *h.* le premier; *i.* le second; *k.* le troisième; *l.* le quatrième; *m.* le cinquième.

I. Phalanges des doigts; *n.* les premières; *o.* les secondes, et *p.* les troisièmes.

K. Os sésamoïdes.

1. Ligament astragalo-calcanien interne postérieur, et 2. l'antérieur.

3. Ligament calcanéo-cuboïdien plantaire.

4. Ligament calcanéo-scaphoïdien plantaire rond; 5. le plane.

6. Ligament cuboïdo-scaphoïdien plantaire. *q.* Portion superficielle; *r.* la profonde.

7. Premier ligament cunéo-scaphoïdien plantaire; 8. le second; 9. le troisième.

10. Ligament cunéo-cuboïdien plantaire postérieur; 11. le moyen; 12. l'antérieur.

13. 14. Ligaments transversaux des os cunéiformes ou ligaments interosseux.

15. Ligament dorsal du premier métacarpien; 16. le plantaire.

17. Ligament fourchu superficiel (s'étendant du premier os cunéiforme à la base des second et troisième métacarpiens).

18. Ligament droit du second métacarpien.

19. Ligament fourchu profond (s'étendant du troisième os cunéiforme à la base des second et troisième métacarpiens).

20. Ligament déchiré (s'étendant du cuboïde aux second, troisième et quatrième métacarpiens).

21. Ligament droit du cinquième métacarpien.

22. Ligaments transversaux postérieurs plantaires du métatarse.

23. Ligaments transversaux antérieurs du métatarse.

24. Sillons cartilagineux des tendons fléchisseurs des doigts.

25. Ligaments latéraux internes des doigts; 26. les externes.

27. Ligament latéral de l'os sésamoïde interne.

28. Ligament de jonction des os sésamoïdes.

29. Ligaments croisés des phalanges du gros orteil.

FIGURE II.

Ligaments capsulaires du tarse et du métatarse du pied droit, coupés obliquement.

A. L'astragale; *a.* son corps avec les cartilages articulaires supérieur et inférieur; *b.* la tête avec les surfaces cartilagineuses antérieure et inférieure; *c.* échancrure de l'astragale.

B. Le calcanéum; *d.* sa tubérosité; *e.* le corps; *f.* échancrure du calcanéum; *g.* l'apophyse antérieure.

C. Le cuboïde.

D. Le scaphoïde.

E. Le premier os cunéiforme; F. le second; G. le troisième.

H. Le premier os du métatarse; I. le second; K. le troisième; L. le quatrième; M. le cinquième. *h.* La tubérosité de ce dernier.

1. Appareil ligamenteux de la concavité du tarse.

2. Ligament capsulaire astragalo-calcanien.

3. Ligament capsulaire astragalo-calcanéo-scaphoïdien.

4. Ligament fibreux entre le cuboïde et le scaphoïde.

5. Ligament capsulaire calcanéo-cuboïdien.

6. Ligament capsulaire cunéo-scaphoïdien.

7. Ligament capsulaire cunéo-cuboïdien, se continuant avec le précédent.

8. Ligaments intermédiaires des os cunéiformes.

9. Ligament intermédiaire du cuboïde et du troisième os cunéiforme.

10. Ligament capsulaire propre du premier métacarpien.

11. Ligament capsulaire tarso-métatarsien commun interne; 12. l'externe.

13. Ligament capsulaire des extrémités postérieures des troisième et quatrième métatarsiens.

14. Ligaments transversaux postérieurs intermédiaires du métatarse.

FIGURE III.

Ligaments capsulaires du pied gauche, coupés perpendiculairement et vus par la partie interne.

A. Extrémité inférieure du tibia avec le cartilage articulaire.

B. L'astragale. *a.* Le corps; *b.* le col; *c.* la tête.

C. Le calcanéum; *d.* substance spongieuse de la tubérosité du calcanéum; *e.* surface interne du corps du calcanéum; *f.* saillie latérale.

D. Le scaphoïde.

E. Petite portion du second os cunéiforme.

F. Premier os cunéiforme; *g.* sa base; *h.* son sommet.

G. Premier os du métatarse; *i.* sa base; *k.* son corps; *l.* sa tête.

H. Première phalange du gros orteil; I. la seconde; K. os sésamoïde.

L. Tendon d'Achille.

1. Ligament synovial de l'articulation du pied.

2. Membrane fibreuse antérieure de l'articulation du pied; 3. la postérieure.

4. Ligament capsulaire astragalo-calcanien.

5. Partie interne de l'appareil ligamenteux de la concavité du tarse.

6. Ligament capsulaire astragalo-calcanéo-scaphoïdien.

7. Ligament capsulaire cunéo-scaphoïdien.

8. Ligament fibreux calcanéo-cuboïdien plantaire.

9. Ligament rond calcanéo-scaphoïdien plantaire.

10. Ligament capsulaire du premier métatarsien.

11. Ligament capsulaire de la première phalange du gros orteil; 12. celui de la seconde.

(*La fin au prochain n°.*)

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — NOVEMBRE 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Briquet (1).

Affections cholériques. — Choléra algide survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Le mot de choléra a été prononcé plusieurs fois cet été : il l'a été notamment à l'Académie de médecine dans la séance du 27 juillet. Cette expression, jetée sans correctif dans le public extra-médical, a causé une certaine panique, et quelques personnes retirées pendant l'été à la campagne n'osaient rentrer à Paris, se figurant que cette ville était déjà en proie à l'épidémie. Heureusement, il n'en a point été ainsi. Il y a certainement eu plus d'affections cholériformes que de véritables choléras. Aujourd'hui que l'on n'a plus aucun sujet d'alarmes à cet égard, nous pouvons dire toute la vérité, c'est que dans certains cas le choléra sporadique, qui s'observe d'ailleurs tous les ans à Paris, a emprunté au choléra indien quelques-uns de ses symptômes les plus graves, de manière à justifier également les deux formes de diagnostic en apparence si différentes.

Dans son numéro du 18 août dernier la *Gazette médicale de Paris* a donné, sous le titre de *Revue sanitaire*, une histoire des accidents progressifs des affections abdominales, depuis le simple flux séreux indolore jusqu'à leur transformation, ou plutôt leur évolution complète en cholérine et en choléra sporadique. Jusque-là rien de bien grave : deux formes, l'une bénigne, presque indolore, fixant à peine l'attention du malade et du médecin; l'autre un peu plus sérieuse quoique encore sans danger. Mais dans le numéro suivant, celui du 22 août, le même journal publiait un autre article sous ce titre : *Le choléra à Paris et à Londres*. « Dès le mois de juillet, y est-il dit, M. Louis recevait dans ses salles, à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte de vomissements, de diarrhée (la nature des selles n'a pas été constatée), de vives douleurs abdominales, de crampes, de refroidissement des extrémités, de cyanose, de petitesse du pouls, de diminution notable dans la quantité des urines. La guérison eut lieu en quelques jours. Vers cette époque et postérieurement, plusieurs cas semblables ont été observés en ville; quelques-uns mêmes offraient tous les caractères du choléra asiatique le plus intense et ont amené la mort en peu d'heures. » Dans le courant du mois d'août, le service de M. Louis (Hôtel-Dieu) en offrait un autre exemple caractérisé par les crampes, la suppression des urines, la petitesse et la dépressibilité du pouls, le froid des extrémités, un peu de cyanose, la diarrhée. Un cas plus tranché encore s'est présenté dans le service de M. Caillard : il y avait également crampes, suppression des urines, refroidissement des extrémités, et de plus cyanose, couleur plombée des ongles, évacuations abondantes de liquide semblable à l'eau de riz. Le sujet a succombé rapidement, et l'autopsie a montré les intestins remplis du même liquide et la membrane muqueuse épaissie et décolorée. (*Gazette médicale.*)

Le journal que nous venons de citer donne à ces cas le nom de choléra *algide*. La même dénomination peut très bien aussi s'appliquer à un ensemble fort remarquable de symptômes cholériques qui s'est jeté en quelque sorte en travers d'une affection typhoïde, chez une malade du service de M. Briquet à la Charité.

Obs. Adélaïde Bourquin, âgée de 25 ans environ (elle n'a jamais pu bien dire son âge au juste),

(1) M. Briquet est passé depuis quelque temps de l'hôpital Cochin à celui de la Charité. Les services de MM. Andral et Rayer, dans ce dernier hôpital, comptaient près de 200 lits, et l'on dit que ce sont ces deux médecins eux-mêmes qui ont demandé à être déchargés d'une partie de la responsabilité qu'entraînait une si grande quantité de malades à visiter chaque jour. Un service a été formé à M. Briquet aux dépens de celui de M. Andral. M. Fouquier n'y a contribué que pour quatre ou cinq lits au plus. M. Briquet visite toute l'ancienne salle des femmes de M. Andral (Sainte-Marthe), laquelle se compose d'une cinquantaine de lits; la salle des hommes, comprenant vingt lits, a été prise, partie sur M. Fouquier, partie surtout sur M. Andral. Le service de ce dernier médecin n'est plus composé que d'une partie de son ancienne salle des hommes et de la moitié environ de celle des femmes de M. Rayer.

M. Briquet se rend à l'hôpital à 7 heures et demie. Nous devons dire que peu de visites sont faites avec plus de soin et de régularité.

d'une constitution sanguine, assez grande, habituellement colorée, ouvrière sédentaire, à Paris, depuis quatre ans, est entrée le 7 septembre dernier à la Charité avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Elle avait commencé quinze jours auparavant à éprouver divers malaises, de la courbature, de la céphalalgie, de la diminution de l'appétit. Il y avait de la diarrhée depuis huit jours, quelques épistaxis depuis trois ou quatre jours, alitement depuis deux. Le lendemain de son entrée on ne trouva encore aucun symptôme bien prononcé de fièvre typhoïde ; on se borna à prescrire quelques boissons adoucissantes et la diète.

Le 9, la fièvre typhoïde se dessine mieux : céphalalgie intense, insomnie ; commencement de titubation et de prostration. Langue humide, d'un blanc sale ; anorexie, soif, nausées et vomissements de matières bilieuses. Douleurs dans l'abdomen qui est arrondi, gargouillant dans la fosse iliaque droite, et offre quelques taches lenticulaires. Diarrhée intense. Pas de râles sibilants. 104 pulsations. Peau médiocrement chaude. (Émétique 15 centigr.; eau de Sedlitz le soir et le lendemain matin.)

Le même jour, vers deux heures de relevée, la malade est prise de vomissements bilieux abondants, de selles nombreuses aussi, fournissant des matières semblables à de la décoction de riz. En même temps il se déclare des crampes, une teinte cyanosée générale, un refroidissement de tout le corps également ; suppression des urines. Ces symptômes persistent encore le lendemain, 10, avec une intensité croissante. Ce jour-là la période algide du choléra est à son maximum. Extinction de la voix. On prescrit : eau de Seltz 2 bouteilles ; riz gommé 2 pots ; extrait thébaïque 7 centigr. en 3 pilules ; 4 lavements laudanisés ; 2 frictions à la glace, suivies d'applications chaudes.

Le 11, les symptômes cholériques continuent encore quoique avec un léger amendement ; ainsi la voix se relève ; il y a moins de jactitation. Toutefois les vomissements et les crampes persistent ; il y a eu plusieurs selles avec dépôt blanchâtre et coloration un peu jaune. Abdomen de forme normale, douloureux à la pression. Le réchauffement est difficile. Il y a toujours suppression des urines, quoique la vessie ne soit pas distendue. Pouls à 120, perceptible aux radiales. Peau des mains fraîche. Même prescription.

12. Il y a encore eu hier des vomissements abondants de matières bilieuses et généralement de tous les ingesta ; un peu de hoquet ; le réchauffement a été difficile ; les urines sont restées supprimées ; les yeux sont déprimés. Plus de crampes hier ni aujourd'hui ; il y a eu un peu de sommeil, et le matin il s'est développé quelques symptômes de réaction : douleur constrictive au front ; sifflement continuel dans les oreilles. Yeux encore déprimés. Téguments de la face injectés. Soif vive et sècheresse de la bouche ; abdomen encore douloureux à la pression, mais moins que les jours précédents. Selles liquides, ne contenant pas de matières grises. Respiration courte et fréquente. 116 pulsations assez développées. Peau des membres chaude et de couleur normale. (Eau gazeuse très froide 2 pots ; julep gommeux avec acétate de morphine 3 centigr. ; 4 demi-lavements avec chacun six gouttes de laudanum ; 2 frictions à la glace, suivies d'applications chaudes.) Les jours suivants, les symptômes s'amendent graduellement. Le 15, il n'y a plus de dévoiement ; la malade urine bien. On continue encore les opiacés. Le 17, toutefois, il y a recrudescence de quelques symptômes cholériques : la chaleur animale est au-dessous du degré normal ; la malade n'urine plus ; elle a 120 pulsations. (Eau gazeuse ; linges chauds autour du corps ; tisane de feuilles d'oranger ; 2 lavements laudanisés.)

Ce nouvel état algide clôt en quelque sorte la série des symptômes cholériques ; après eux, les symptômes typhoïdes, qui ont été quelque temps comme suspendus, reparaissent seuls sur la scène. Le 19, le pouls a repris de la fréquence ; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, du dévoiement. On donne à la malade des bouillons pour la soutenir et on continue les opiacés. Les jours suivants, ces symptômes s'accroissent ; les oreilles bourdonnent ; la tête paraît être le siége principal de la recrudescence de la fièvre typhoïde. Il y a surdité complète. Le 28, on est obligé de mettre 15 sangsues aux oreilles. Il en résulte de la diminution de la céphalalgie et du sifflement des oreilles, mais la malade reste sourde.

A la fin de septembre, il s'annonce une nouvelle série de symptômes qui se surajoutent aux précédents : la malade a quelques vomissements, mais rares, un par jour ; elle éprouve à la base de la poitrine la sensation d'une barre transversale. Un peu de diarrhée. Comme elle s'affaiblit beaucoup, on lui donne néanmoins du bouillon. Le 30, elle est si faible, le pouls est si chétif, qu'on ajoute aux bouillons quelques cuillerées de vin de Bordeaux. Pendant les trois premiers jours d'octobre, la malade reste en quelque sorte dans le *statu quo ;* son état est apparemment passable, quoiqu'il y ait encore de la fièvre ; pas de symptôme bien tranché : l'affaiblissement semble dominer tout. Le 4, dans la matinée, on lui permet même de sucer une côtelette. Dans la journée, ses parents veulent à tout prix l'emmener avec eux. Ils l'habillent à grand' peine et la transportent dans un fiacre où ils la laissent une heure et demie environ dans la cour de l'hôpital, en attendant qu'ils aient terminé leurs affaires. Au moment de partir, la malade se trouve si mal qu'ils s'empressent de demander la réintégration. Mais la perturbation a été si forte que la malade s'éteint à 9 heures du soir.

Autopsie. L'abdomen ouvert, on trouve des adhésions celluleuses lâches à la surface du foie. La surface antérieure de l'épiploon adhère à la partie inférieure du bassin. Injections ecchymotiques légères dans le péritoine qui tapisse les fosses iliaques ; exsudation de matières

troubles un peu séreuses en divers points de la cavité abdominale ; mais dans le bassin c'est du pus véritable que l'on trouve et en quantité assez considérable. Nombreux ganglions mésentériques, légèrement violacés, médiocrement gros, évidemment à l'état de retour.

La muqueuse du petit intestin offre une teinte blanche générale. Vers sa terminaison on trouve quelques plaques gauffrées, ainsi que des ulcérations à bords renversés en dedans, en voie de cicatrisation. Perforation intestinale sur une de ces ulcérations, située dans le cœcum, presque à la base de l'appendice. Cette perforation recevrait une sonde de petit calibre. — La muqueuse de la vessie est rouge, injectée, avec disposition mamelonnée à ses parties inférieure et postérieure.

Traces de péricardite récente, caractérisée par des adhérences celluleuses, faciles à déchirer; le cœur est très petit. Rien de remarquable dans les poumons (1). — Un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules; légère injection de la pie-mère qui est adhérente.

— Ainsi, chez la malade dont nous venons de donner l'observation, on a vu se dérouler comme une suite de tableaux pathologiques, tantôt simples, tantôt plus ou moins compliqués, et d'un grand intérêt. On a d'abord affaire à une simple fièvre typhoïde. Le jour même où ces symptômes sont le plus prononcés, éclate l'invasion cholérique : M. Briquet a eu la bonne foi d'en accuser l'administration de l'émétique, et c'est en effet à la suite des premiers vomissements provoqués par le tartre stibié qu'est survenu le cortége des symptômes propres au choléra ; cependant il y avait déjà eu auparavant des vomissements de matières bilieuses. La médication évacuante n'a donc peut-être fait que hâter l'invasion des phénomènes qui n'étaient jusque-là qu'à l'état d'incubation.

Quoi qu'il en soit, le choléra a complètement dominé la scène pendant une dizaine de jours. A son déclin, il s'est manifesté des phénomènes de réaction inflammatoire qui ont été pris pour ceux d'une phlegmasie gastro-intestinale, tandis que la phlegmasie avait réellement son siége dans le péritoine, ainsi que l'autopsie l'a démontré plus tard. Cependant les symptômes d'apparence typhoïde dominaient tellement ceux de la péritonite qu'il n'y avait aucune raison de soupçonner celle-ci, sauf dans les derniers jours où il est survenu du vomissement, des douleurs abdominales plus intenses et de l'extrême fréquence du pouls. Les phénomènes cérébraux étaient aussi de nature à détourner l'attention de la séreuse abdominale où le travail phlegmasique était tout-à-fait latent. Or, pendant que se déroulaient ces inextricables manifestations morbides, que se passait-il sur la muqueuse gastro-intestinale qui avait subi une si grande perturbation ? Elle avait d'abord guéri du choléra, elle guérissait ensuite des lésions propres à la fièvre typhoïde, ainsi que l'ont démontré à l'autopsie ces ulcérations en voie de cicatrisation, ces ganglions mésentériques à l'état de retrait. Malheureusement, une perforation intestinale s'est opérée, grâce peut-être à l'indocilité extrême de la malade, dans les derniers temps de sa maladie.

Une remarque assez curieuse à faire chez cette malade, c'est que l'autopsie a montré des traces de phlegmasie générale, quoiqu'à divers degrés, dans les séreuses des trois cavités splanchniques. Au péritoine, on trouva du pus; au péricarde et aux méninges il y avait des vestiges de phlegmasie, mais à un degré beaucoup moins avancé; de sorte que l'on pourrait étiqueter ainsi ce cas si singulier : *Fièvre typhoïde*; *choléra algide*; *phlegmasies du péritoine, du péricarde et des méninges*; *perforation intestinale* (1). Et, dans tout cela, qui a fait périr la malade ? Ce n'est point le choléra, dont la marche a été pourtant si bruyante; ce n'a point été la fièvre typhoïde, qui était en voie de résolution : c'est une nouvelle maladie, en dehors de toutes les prévisions, une phlegmasie latente du péritoine, et, selon toute apparence, une perforation intestinale.

—A l'occasion du traitement employé chez la malade précédente le second jour de son entrée, nous dirons quelques mots de la méthode évacuante adoptée par M. Briquet contre la fièvre typhoïde. Ce médecin a employé la formule des saignées coup sur coup de M. Bouillaud ; il a dû y renoncer, car il perdait ainsi le quart de ses malades. Depuis un an il lui a substitué la méthode évacuante par l'émétique et les purgatifs, et il assure en avoir obtenu des résultats supérieurs à ceux de tous les autres traitements. Voici en quoi

(1) Quand nous disons, rien de remarquable, cela veut dire, au premier aspect ; car M. E. Boudet, qui examine autant de poumons qu'il lui est possible aux autopsies de la Charité, a trouvé au sommet d'un des poumons de cette femme, qui semblait si sain, une petite masse crétacée. Ceci nous rappelle que le second jour de l'entrée de cette malade, M. Briquet en l'auscultant avait signalé sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse correspondante une respiration très large dans les deux temps, et avait fait ses réserves sur la question de l'état des poumons. L'état subséquent de la malade avait ensuite détourné l'attention de ce point. Ces considérations viennent à l'appui des idées de M. Boudet qui croit à une transformation plus fréquente qu'on ne le pense des tubercules en matière crétacée.

(1) Quoique certaines précautions assez minutieuses aient été prises pour que l'on pût bien constater que la perforation n'avait pas été faite mécaniquement pendant l'ouverture de l'intestin au moyen de l'entérotome, on conçoit qu'on ne peut jamais obtenir, en opérant ainsi, une certitude aussi grande que si l'on remplissait l'intestin d'eau après l'avoir lié par en bas.

consiste cette méthode qu'il a érigée en formule :

La fièvre typhoïde une fois bien diagnostiquée (car le simple soupçon ne suffit pas à cet égard), M. Briquet prescrit indistinctement à tout fiévreux quinze centigrammes de tartre stibié dissous dans trois verres d'eau. Le malade en prend d'abord un verre et en reste là pendant une heure. S'il survient des nausées, on favorise le vomissement au moyen de l'eau tiède prise en abondance. Au bout d'une heure on administre le second verre, le troisième encore une heure après, en favorisant toujours, autant que possible, l'action du médicament. Le soir le malade doit prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, et une autre le lendemain matin. Les jours suivants il n'en prend plus qu'une par jour, ou bien on la remplace par 30 grammes de sulfate de magnésie dans un pot de tisane, et l'on continue ainsi jusqu'à l'établissement de la convalescence. Bien des malades ne peuvent supporter la détestable amertume de pareils breuvages. On remplace alors le sulfate de magnésie par le sous-phosphate de soude, sel à peu près insipide, mais qui doit être administré à dose double du précédent pour avoir quelque effet. On aide au besoin l'effet au moyen de lavements purgatifs. La maladie prend-elle une tournure fâcheuse, ou y a-t-il une recrudescence des premiers accidents, M. Briquet recommence à administrer le tartre stibié et il n'hésite pas, au besoin, à y revenir trois ou quatre fois dans le cours de la maladie. On joint à ces moyens la diète et les lavements purgatifs. Nous n'avons pas vu assez longtemps M. Briquet à l'œuvre pour pouvoir porter un jugement définitif sur la méthode évacuante ainsi formulée. Mais, à l'exception de la femme citée plus haut, et chez laquelle d'ailleurs l'influence fâcheuse de l'émétique peut être contestée, nous n'avons vu résulter aucun mauvais effet de ces énergiques évacuations. Des personnes qui ont suivi les visites de M. Briquet depuis un an prétendent qu'il perd ainsi à peine un malade sur trente.

II. Clinique chirurgicale.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Velpeau.

Emphysème des paupières.

L'emphysème traumatique des paupières a été signalé pour la première fois en France par Dupuytren. Depuis qu'il a ainsi fixé l'attention, on en a observé un certain nombre de cas sous l'influence de causes diverses. Ainsi Weller l'a vu survenir à la suite d'un éternument, M. Blandin à la suite de l'enfoncement d'une canule dans le canal nasal. Il est à peine besoin de dire que dans ces circonstances il devait y avoir nécessairement fracture des os qui concourent à former les fosses nasales.

Il vient de se présenter à la Charité, service de M. Velpeau, un cas de ce genre dans lequel il est à présumer qu'il y a eu fracture des parois du sinus frontal. Un homme de vingt-six ans eut la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche contuse par le manche d'un couteau. Il parut n'en résulter d'abord que de légers éblouissements qui ne tardèrent pas à se dissiper. Le soir il y eut une épistaxis abondante à la suite d'efforts réitérés que le malade fit pour se moucher. Le lendemain les paupières se trouvaient gonflées au point que le malade ne pouvait découvrir le globe oculaire. Il fit encore dans la journée quelques efforts pour se moucher. Voici ce que l'on constata le lendemain lors de son entrée à l'hôpital :

Tuméfaction des paupières avec légère rougeur ; point de chaleur dans la région orbitaire. Les tissus gonflés sont élastiques, et la percussion de la paupière supérieure donne une grande sonoréité. Il n'y a cependant pas de crépitation caractéristique. Boursouflement du tissu cellulaire sous-conjonctival, avec un certain degré d'exophthalmie. Milieux de l'œil transparents; vision conservée. La moitié gauche de la face est également tuméfiée, sans chaleur ni rougeur. On produit une légère crépitation dans toute l'étendue de cette joue. Le malade n'accuse aucune douleur.

On applique des compresses résolutives sur l'œil et l'on recommande au malade de ne pas se moucher. Trois jours suffisent pour que la résolution soit complète.

Traitement des anciens ulcères syphilitiques.

Il est entré dans le service de M. Velpeau une femme à un degré déjà avancé de grossesse, portant sur la main et sur les bras des ulcères de nature incontestablement vénérienne. Le professeur emploie contre ces sortes d'ulcères un traitement d'un effet si rapide, qu'il est étonnant qu'il ne soit pas généralisé. Ce moyen consiste tout simplement à toucher les parties ulcérées avec le nitrate acide de mercure. Si les ulcères sont peu nombreux, on les cautérise tous à la fois ; s'ils sont en trop grand nombre ou trop étendus, on n'en touche qu'une partie. On touche ainsi la surface de ces ulcérations deux, trois ou quatre fois, jusqu'à ce qu'elles soient détergées et qu'elles aient pris un meilleur aspect. On les enveloppe alors dans une sorte de bottines de bandelettes de diachylon, imbriquées de bas en haut et entourant tout-à-fait le membre. D'ordinaire, la cicatrisation ne se fait pas longtemps attendre.

Deux cautérisations ont suffi chez la malade en question pour mettre ses ulcères en voie de cicatrisation ; malheureusement elle a voulu partir avant que celle-ci fût complète.

M. Velpeau a rappelé, à cette occasion, qu'un homme est venu il y a quelque temps de la province à Paris pour se faire traiter par lui d'ulcérations syphilitiques anciennes contre lesquelles divers moyens thérapeutiques avaient été vainement employés depuis dix-huit mois. Les ulcérations étaient au nombre d'une trentaine environ, taillées à pic, grisâtres et sales. M. Velpeau n'a pas voulu cautériser tous ces ulcères à la fois, à cause de leur nombre. Il les a touchés par tiers et une fois seulement. Le malade a été pansé trois fois avec les bandelettes. Les dix-neuf vingtièmes de ses ulcérations sont cicatrisées quoiqu'il ne soit en voie de traitement que depuis une vingtaine de jours. Il faut ajouter, toutefois, qu'on lui a prescrit en même temps du proto-iodure de mercure, une tisane altérante et quelques bains. Mais il est douteux que ces seuls moyens eussent produit des effets aussi rapides.

M. Velpeau regarde donc, en définitive, le nitrate acide de mercure comme un caustique spécifique pour ces sortes d'ulcères, ce qu'il doit sans doute à sa composition ; car les essais comparatifs que M. Velpeau a faits lui assurent une supériorité incontestable sur les autres caustiques.

Chirurgie pratique.

III. Mémoire sur l'hydrocèle du cordon spermatique ; par Antoine Scarpa, professeur émérite et directeur de la Faculté de médecine de l'Université impériale et royale de Pavie, chevalier de l'ordre impérial de Léopold.

(Traduit de l'italien par P.-J. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) (1).)

Deux célèbres médecins grecs, Léonidas (2) et Paul d'Egine (1), guidés par des observations et des expériences personnelles, connurent cette forme de tumeur aqueuse du scrotum à laquelle les chirurgiens modernes donnent le nom d'hydrocèle du cordon spermatique. Non-seulement les plus anciens médecins eurent connaissance de la double forme que revêt la tumeur aqueuse du cordon spermatique, mais ils surent aussi la distinguer de l'épanchement morbide de sérosité qui s'établit dans la tunique vaginale du testicule. Cette distinction, d'une utilité extrêmement importante pour tous ceux qui entreprennent la cure radicale de ces maladies, ne se trouve signalée ni dans les ouvrages de Celse (2) ni dans ceux de Galien et d'Oribase.

Après plusieurs siècles, Fallope (3) appela l'attention des chirurgiens sur la doctrine de Paul d'Egine relative aux tumeurs aqueuses du cordon spermatique. Albucasis et tous les médecins arabes, interprètes et commenta-

(1) Nous devons encore à l'obligeance et au zèle scientifique de notre honorable confrère le docteur Cabaret la traduction d'un mémoire de l'illustre Scarpa, qui n'avait point jusqu'ici paru en français. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette publication que tous nos lecteurs sauront apprécier. (N. D. R.)

(2) Aetius d'Amide nous a conservé quelques fragments de cet écrivain, parmi lesquels se trouve le suivant : — Humor vel inter rubicundam testiculi tunicam consistit (la tunique vaginale, parce qu'elle est couverte de fibres charnues rougeâtres du crémaster, fut appelée rouge par quelques-uns, érythroïde par d'autres), vel extra ipsam, inter eam et folliculos adjacentes (c'est-à-dire dans la membrane celluleuse qui entoure le cordon spermatique), vel in propriâ pelliculâ (à la manière d'une tumeur enkystée). Atque hoc genus herniam in tunicâ superagnatâ (l'enveloppe celluleuse du cordon spermatique) vocamus. Aliquandò autem duplex hernia aquosa oboritur, cùm collectio et in rubicundâ, et in superagnatâ consistit (c'est-à-dire dans la tunique vaginale, dans la membrane celluleuse du cordon et dans le même côté du scrotum). Si quidem igitur in rubicundâ humor collectus fuerit (dans la tunique vaginale seulement), tumor unius coloris apparet. Auctâ collectione testiculus humore circumdatus occultatur. Si verò in superagnatâ (dans la celluleuse du cordon uniquement) humor colligitur, tumor ipse, sive magnus, sive parvus fuerit, omninò circumscribetur (à la manière d'une tumeur enkystée). Et si simul quoque in rubicundâ tunicâ collectus fuerit (c'est-à-dire dans la tunique vaginale, dans le tissu cellulaire du cordon et dans le même côté du scrotum), duo tumores deprehenduntur : alter in superagnatâ, alter in rubicundâ pelliculâ. Quòd si extra rubicundam, seu in superagnatâ (dans la membrane celluleuse du cordon seulement) collectio fuerit, testiculus tactui occurrit. Tetrab., II, serm. 11, cap. 22.

(1) Et in quibus quidem in tunicâ rubicundâ consistit humor, in iis tumor est ferè rotundus, veluti ovum ; *atque his testis occultus est, et undequaquè circumdatur*. Si autem in superagnatâ tunicâ humor consisterit, præter collectionem et conglobationem undequaquè contingentem, *tumor alterius testis imaginem præ se fert*. De re medicâ, lib. VI, cap. 62.

(2) De med., lib. VII, cap. XVIII, Celse dit un mot de l'hydrocèle de la tunique vaginale seulement, et d'une manière très confuse.

(3) Et hæc aquosa hernia fit duobus modis. Aut collecta materia in erythroide scroti membranâ (dans la tunique vaginale) est, et tunc fit tumor quale est ovum, et testis innatat in ipsâ aqueâ materiâ, *nec qualis testis ipse sit per contrectationem cognosci potest*. Aut fit hæc hernia aquosa quandò materia colligitur in membranâ scroti alterâ, quæ à Paulo vocatur connata, vel conjuncta, vel conjunctiva (la celluleuse du cordon spermatique), et tùm materia facit proprium folliculum, intra quem continetur. Et hæc hernia reponitur à Paulo in genere meliceridis. Nam nihil aliud est quàm meliceris obortus in scroto. Dignoscitur autem hæc quæ habet folliculum proprium (c'est-à-dire celle du cordon spermatique) ab illâ herniæ aquosæ specie (celle de la tunique vaginale), *quia est veluti alter testis adnatus, et testis substantia qualis sit adgnoscitur per contrectationem*. Opera omnia, tom. 3, tract. I.

teurs des écrivains grecs, avaient négligé de s'en occuper. Il faut remarquer cependant qu'en soumettant ce point de chirurgie aux méditations des gens de l'art, Fallope avait oublié que Léonidas, très longtemps avant Paul d'Egine (1), avait indiqué le siége et la forme double *de la hernie aqueuse du cordon spermatique* (comme ils l'appelaient), et que le même écrivain grec avait décrit la nature de cette maladie en termes clairs et appropriés, dont, plus tard, Paul fit usage pour exposer et dépeindre séparément les mêmes choses.

Dans des temps plus rapprochés de nous, les acquisitions nouvelles apportées par les chirurgiens dans la science de l'organisation de l'homme, leurs actives et précieuses recherches d'anatomie pathologique, les observations soigneusement recueillies au lit des malades, répandirent une lumière éclatante, inconnue jusqu'alors, sur ce sujet, et du plus admirable secours; car la connaissance de la structure intime et de la liaison des parties contenantes et des parties contenues est d'une importance extrême pour établir le siége précis des maladies dites *hernies aqueuses*. Les plus anciens médecins, en effet, considéraient comme une seule et même membrane la tunique rouge et la tunique vaginale, tandis que toutes deux sont parfaitement distinctes, et se composent du crémaster et de la tunique vaginale; ils plaçaient mal à propos le dartos entre les tuniques propres du testicule. Plus tard, quelques-uns prétendirent qu'il existait une cavité entre le dartos et le crémaster, laquelle n'existe point; d'autres opinèrent faussement qu'on en rencontrait une seconde entre les lames de la tunique vaginale; d'autres enfin, non moins dans l'erreur que les premiers, établirent une troisième cavité entre l'albuginée et la pellicule mince qui la recouvre. On ignorait, en outre, généralement, à cette époque, les rapports de la tunique vaginale du testicule avec les parties placées en dedans et en dehors du grand sac du péritoine, avant et après la naissance, et dans les différents stades et changements de la vie. Ces notions exactes et ces découvertes ont procuré, de nos jours, d'abord une plus grande précision dans le diagnostic des maladies du scrotum en général, et, en particulier, des congestions aqueuses qui s'y établissent; puis les utiles modifications apportées par les chirurgiens modernes aux anciens procédés opératoires employés pour obtenir la guérison radicale des tumeurs aqueuses des bourses.

Wisemann (1), Monro (2), Bertrandi (3), Douglas (4), et Pott (5) après eux, se distinguèrent surtout dans ces recherches. La description des deux formes distinctes que revêt l'hydrocèle du cordon spermatique, publiée par Pott, ne laisse rien à désirer. Sous ce rapport, certainement, je n'aurais rien à ajouter à tout ce que l'illustre chirurgien que je viens de nommer tout à l'heure a écrit sur cette matière. Mais en aucune manière je ne veux dissimuler que, malgré un guide aussi fidèle, les débutants dans la pratique chirurgicale, soit à cause de la rareté de l'hydrocèle de cette espèce, soit en raison des difficultés que présente l'application des préceptes au lit du malade, restent très souvent incertains, hésitants et exposés aussi à se tromper sur la véritable nature de la maladie, notamment dans les cas où l'hydrocèle du cordon spermatique se trouve associée à l'hydrocèle de la tunique vaginale dans le même côté du scrotum, ou bien quand une des deux formes de l'hydrocèle du cordon constitue évidemment, avec le testicule, une masse presque informe; circonstance qui donne beaucoup d'embarras pour distinguer l'une de l'autre.

Il m'a semblé que je contribuerais aux progrès de la chirurgie en livrant à la publicité un certain nombre de préparations d'anatomie pathologique dont je suis possesseur et qui, à mon avis, sont propres à mettre sous les yeux de la jeunesse studieuse l'état morbide du cordon spermatique, de même que les altérations pathologiques de la tunique vaginale du testicule, qui produisent les congestions séreuses. Si je ne me trompe beaucoup dans l'exécution de ce projet, j'ose me flatter qu'en veuillant bien comparer les descriptions les plus exactes des différentes espèces d'hydrocèle et de leurs complications avec les planches annexées à mon travail, l'intelligence la plus étroite se fera une idée aussi claire et vraie que possible de ces maladies, et en même temps réussira parfaitement à bien établir la méthode la plus prompte et la plus sûre de les guérir complètement. Tel est le but de ce mémoire.

En parlant de la formation de la hernie inguinale et scrotale ordinaire (6), j'ai fait observer d'abord que le tissu cellulaire, placé derrière le grand sac du péritoine, entoure les vaisseaux spermatiques, traverse avec eux l'anneau inguinal, et les accompagne jusqu'à leur insertion dans le testicule; ensuite que, depuis l'aine jusqu'au fond du scrotum, les vaisseaux spermatiques, munis de leur enveloppe celluleuse unie à la tunique vaginale, sont environnés et contenus par la gaîne musculo-aponévrotique du crémaster.

Ainsi que, dans le développement de la hernie inguinale et scrotale ordinaire, le sac her-

(1) Aetius, collecteur des fragments de Léonidas, vécut du temps de Julien l'Apostat, ou, comme quelques-uns le prétendent, sous le règne de Valentinien II, c'est-à-dire entre 365 et 392; tandis que Paul brilla sous l'empereur Honorius, de 395 à 423. Cœlius Aurelianus, qui vécut quelque temps avant Galien, fait mention de Léonidas. Et si l'on voulait regarder comme légitime le livre de Galien intitulé : *Introductio, seu medicus*, on pourrait dire que Léonidas fut cité par Galien, puisqu'on y lit : « Sectæ methodicæ fuerunt nonnulli apud » Græcos *adjuncti* nominati, ut Leonides Alexan- » drinus. » Loco citato, cap. IV.

(1) Chirurgical treatise, 1686.
(2) Works, on false herniæ.
(3) Dissert. de hydrocele.
(4) Treatise on hydrocele, 1755.
(5) Works, vol. II.
(6) Memorie sulle ernie, ed. 2, II, mem. I.

niaire, formé par le péritoine, suivant le trajet parcouru par l'enveloppe celluleuse du cordon spermatique, descend vers l'aine et le scrotum, de même, dans le cas d'épanchement séreux dans le tissu cellulaire qui recouvre et accompagne le cordon lui-même, la sérosité, s'insinuant de cellule en cellule, remplit et distend le cordon testiculaire, tantôt dans toute sa longueur des lombes au scrotum, tantôt depuis le sommet de l'aine jusqu'à la pénétration des vaisseaux spermatiques dans le testicule. La tumeur aqueuse, plus ou moins longue, qui en résulte, est l'espèce à laquelle on impose la dénomination d'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, à cause du mécanisme qui a présidé à la formation de l'épanchement de la sérosité.

Si, pour s'en assurer, on dissèque cette première espèce d'hydrocèle du cordon, les parties constituant la tumeur se présentent dans l'ordre suivant : les téguments communs du scrotum et le dartos étant incisés verticalement, on trouve, en premier lieu, la tunique rouge des anciens, ou la gaîne musculo-aponévrotique du crémaster, plus ou moins gonflée et compacte, suivant que l'hydrocèle diffuse est plus ou moins volumineuse et de vieille date. Immédiatement au-dessous de cette couche musculo-aponévrotique, on rencontre l'épaisse enveloppe celluleuse du cordon, tuméfiée par la sérosité qu'elle contient intérieurement et extérieurement ; cette enveloppe, au premier aspect, ne semble pas différer du sac herniaire formé par le péritoine. En pénétrant plus profondément avec le scalpel, et, à proprement dire, dans le sein de la tumeur, il s'écoule de la texture intime de celle-ci, comme d'un corps spongieux, une grande quantité de sérosité épanchée en dedans et en dehors de ces cellules. La tumeur s'affaisse peu à peu, et disparaît même quelquefois en totalité, tout-à-coup, ou à l'aide d'une pression légère et continue. Après avoir donné issue à toute la sérosité, tant à celle qui est contenue autour des cellules qu'à celle que renferment les cellules elles-mêmes, on voit distinctement, au fond de la tumeur, les vaisseaux sanguins spermatiques, qui auparavant se confondaient avec la masse celluleuse imbibée de sérosité, et se cachaient d'autant plus entièrement derrière celle-ci, qu'ils se rapprochaient davantage du point où ils s'insèrent dans le testicule.

Les cloisons du corps spongieux précité, qui, dans un cordon spermatique à l'état normal, sont à peine visibles à l'œil nu, se convertissent, dans les cas d'épanchement aqueux, en une masse de petits vaisseaux gorgés de sérosité, et dont quelques-uns sont assez élargis pour admettre le bout du doigt. Cette structure vésiculaire, que présente la tumeur du scrotum lorsqu'elle est volumineuse et d'origine ancienne, ne se remarque pas néanmoins dans toute son étendue ; car, à mesure que cette tumeur aqueuse du cordon descend vers le fond du scrotum, les cellules se raréfient au milieu de celui-ci et disparaissent ainsi, en totalité, à la partie inférieure de la tumeur, de manière à ne plus former qu'une large cavité pleine de sérosité. C'est pour cette raison que, dans la vaste hydrocèle diffuse du cordon spermatique, la fluctuation ne peut être perçue positivement et clairement qu'à la base de cette tumeur ; c'est aussi seulement vers ce point qu'on peut extraire une certaine quantité de sérosité par un jet continu à l'aide de la ponction. Attendu d'ailleurs que cette circonstance n'étant pas commune aux petites et récentes hydrocèles de cette espèce, il est vraisemblable que la sérosité, devenant de plus en plus pesante, rompt, vers le bas de la tumeur, les mailles du tissu cellulaire du cordon, les adosse les unes aux autres, et les pousse ensemble au dehors ; par conséquent, la densité de l'enveloppe celluleuse de la tumeur s'accroissant extérieurement donne lieu intérieurement à la formation d'un kyste unique, vaste et rempli de sérosité.

La sérosité constituant l'espèce d'hydrocèle du cordon dont il est question est limpide ; le plus ordinairement elle est visqueuse ; quelquefois elle est jaunâtre, verdâtre, albumineuse. Dans quelques cas rares on l'a trouvée gélatineuse, de sorte que tout le corps celluleux, qui ceignait les vaisseaux spermatiques semblait transformé en gélatine qui se fondait entre les doigts. Du reste, quelque vaste et ancienne que soit l'hydrocèle diffuse, sa base s'arrête constamment au point d'insertion des vaisseaux spermatiques dans le testicule, où tout au plus une petite portion de la même base de la tumeur pend en bas, en occupant un petit espace derrière le testicule. Le point d'arrêt constant de la sérosité, un peu au-dessus ou immédiatement au-dessus du testicule, est cause que l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique n'opère jamais de déplacement notable de cet organe de son siége accoutumé. De là vient que, chez les sujets atteints de cette maladie, il est toujours possible au chirurgien, à l'aide de la vue ou du toucher, de s'assurer constamment, ou presque constamment, que le testicule occupe son domicile habituel. La base de l'hydrocèle diffuse, en outre, est toujours distincte du testicule, placé au-dessous d'elle, par l'interposition d'un sillon semi-lunaire, manifeste, variable cependant en largeur et en profondeur dans le même sujet, selon les divers degrés de contraction du crémaster ou de relâchement du scrotum ; ces phénomènes expliquent comment le testicule se retrouve plus ou moins soulevé et rapproché de la base de l'hydrocèle diffuse. Si, sur le cadavre d'un homme affecté d'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, on ouvre la tunique vaginale du testicule et que le doigt y soit introduit, on rencontre, au côté interne et inférieur de ladite tunique, une forte et épaisse cloison membraneuse qui s'oppose à toute communication entre la base de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique et la cavité de la tunique vaginale.

Sur cette base, fondée par l'anatomie pathologique et la chirurgie clinique, se fonde le

diagnostic juste et sûr de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique; et de cette double source dérivent les signes principaux par lesquels l'hydrocèle du cordon spermatique de cette espèce se distingue de celle de la tunique vaginale du testicule.

Assez rarement le chirurgien est consulté au début d'une hydrocèle diffuse du cordon spermatique chez une personne adulte ; car la douleur que cette petite intumescence aqueuse, ou plutôt cette œdématie du cordon spermatique, entraîne dès le principe, est fort légère; mais, aussitôt qu'elle a acquis un volume considérable, quoiqu'elle n'occasionne pas de vives douleurs, elle inspire cependant de fortes inquiétudes au malade, et mérite d'être prise en sérieuse considération par le chirurgien. En commençant, la tumeur présente une forme presque cylindrique, laquelle ne tarde pas à devenir pyramidale, et, quelque volumineuse que soit cette espèce d'hydrocèle, elle est cause que le pénis semble autant retiré au-dessous du pubis qu'il paraît l'être à l'occasion de l'hydrocèle de la tunique vaginale, d'une grosseur égale à la première.

L'hydrocèle diffuse du cordon spermatique est peu ou point sensible à la pression et cède sous le doigt précisément comme le ferait un corps vésiculaire rempli d'eau, mais présentant un certain degré d'élasticité. S'il existe de la fluctuation dans cette tumeur, elle n'est constatée assez évidemment, comme on l'a déjà observé, que vers le bas de la tumeur elle-même. Là, le fluide comprimé par la main reflue certainement vers l'aine, mais lentement et difficilement, tandis qu'au contraire, sous le même degré de pression imprimé à la base de l'hydrocèle de la tunique vaginale, le liquide monte promptement au sommet de la tumeur et le distend. Au-dessous de la base de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, on voit ensuite et l'on touche le testicule, circonstance qui n'arrive jamais en observant et en explorant pareillement avec la main la base de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Ce dernier phénomène est de tous le plus décisif dans l'établissement du diagnostic de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique. L'inspection des figures 4 et 8 de la planche deuxième le portera à un degré d'évidence plus élevé que ne pourrait le faire la meilleure description. Chacune de ces figures offre les deux espèces distinctes d'hydrocèles dans le même côté du scrotum, c'est-à-dire l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique et celle de la tunique vaginale. Dans l'une et l'autre de ces figures, la tunique vaginale est ouverte et l'on aperçoit le testicule dérangé de son siége naturel, de la même manière que si cet organe eût été tiré à la partie interne et postérieure de la tumeur aqueuse de la tunique vaginale; mais, à vrai dire, ce n'est qu'en apparence seulement qu'ici le testicule a abandonné le point d'adhérence que naturellement il conserve avec la paroi interne et inférieure de la tunique vaginale. Conséquemment, son déplacement n'est que relatif à la position différente des parties environnant le testicule lui-même. En effet, la paroi antérieure de la tunique vaginale, naturellement libre de toute connexion avec le testicule (1), se prête à la distension presque illimitée que la sérosité exerce sur cette tunique à la face antérieure et au fond du scrotum ; tandis que la paroi postérieure et inférieure de la même tunique vaginale, à laquelle le testicule est attaché, reste presque immobile dans sa position, et, conséquemment, dans une situation relativement plus élevée que celle où la paroi antérieure a été repoussée par la sérosité. Ce qui le prouve surabondamment, c'est que si l'on évacue, au moyen de la ponction, la sérosité distendant la paroi antérieure et inférieure, le testicule reprend spontanément sa position naturelle au fond du scrotum. L'hydrocèle diffuse du cordon spermatique ne peut jamais déterminer ce phénomène, parce que l'infiltration séreuse de l'enveloppe cellulaire du cordon, quoiqu'à l'état chronique et très étendue, ne pouvant dépasser les limites établies par l'insertion des vaisseaux spermatiques dans le testicule, ne fait tout au plus que repousser le testicule un peu plus bas que de coutume dans le scrotum, mais ne peut jamais le soustraire à la vue et au tact du chirurgien. La constance de ce phénomène est démontrée par l'observation et l'expérience des chirurgiens de tous les temps; car il n'y a personne parmi les anciens, et encore moins parmi les modernes écrivains sur la chirurgie, qui, s'occupant de l'hydrocèle de la tunique vaginale, ait omis de compter, au nombre des signes caractéristiques de cette tumeur aqueuse des bourses, le déplacement du testicule de son siége ordinaire, de même qu'aucun d'eux n'a négligé de signaler, comme un fait avéré, la présence de cet organe immédiatement au-dessous de la base de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique (2).

Lorsque l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique remplit et distend l'anneau inguinal, il est assez difficile de pouvoir la distinguer de la hernie inguinale formée par l'épiploon, quoique le contraire ait été avancé par Pott (3), qui appelle, sans façon, ignorants et négligents les chirurgiens exposés à commettre des erreurs en établissant le diagnostic de l'une ou de l'autre de ces maladies. Cette même difficulté cependant existe de nos jours comme elle existait à l'époque où Guy de Chauliac (4) écrivait le passage suivant : « *Et aliquandò hernia aquosa subintrat fora-*

(1) Humor in partem anteriorem colligitur, quâ potissimùm membrana illa à testiculo separatur. Paul d'Egine, loco citato.

(2) Celse lui-même, qui ne nous a transmis que des documents peu exacts sur cette maladie, n'a pas omis de dire, en décrivant l'hydrocèle de la tunique vaginale : « Testiculus eâ parte neque visu, neque tactu sentitur. »

(3) Loco citato, pag. 280.

(4) Chirurgia magna, tract. II, cap. VII.

» *men peritonæi; quamobrem vidi multos de-* » *ceptos, credentes hoc esse rupturam, et vice* » *versâ.* « J'ai eu plus d'une fois l'occasion de vérifier la réalité de cette assertion sur l'homme vivant et sur le cadavre (1). En effet, l'une et l'autre de ces tumeurs, occupant l'anneau inguinal, présentent au début une forme cylindrique qui bientôt devient pyramidale; toutes les deux sont peu ou point sensibles à la pression; toutes les deux sont molles et flexibles; toutes les deux enfin sont difficilement réductibles en totalité. L'incertitude augmente ensuite extrêmement si l'on rencontre un cas analogue à celui rapporté par Pipelet (2), dans lequel la portion d'épiploon constituant la hernie s'était transformée en hydatides, ou en une masse de petits vaisseaux gorgés de sérosité, offrant, en un mot, la même organisation que l'hydrocèle diffuse commençante du cordon spermatique. Autant que j'ai pu le constater par ma propre expérience, il il est un signe constant auquel on peut toujours se fier; la non-réapparition de la hernie épiploïque une fois bien réduite, le malade ayant soin de se tenir couché sur le dos et de ne se livrer à aucun effort, parce que, dans certains cas de très petites hernies de l'épiploon, j'ai vu arriver le contraire, soit que l'omentum, que l'on croyait fermement avoir bien réduit, s'était seulement pelotonné sur lui-même dans le canal inguinal, ou bien encore parce qu'ayant été repoussé dans l'abdomen, il avait été retenu au dehors par quelques brides de ce viscère, ayant conservé des adhérences avec le sac herniaire. C'est pourquoi, loin de vouloir passer sous silence ou atténuer cette difficulté, je pense que le meilleur parti à prendre consiste à avouer franchement que l'art, sur ce point de pratique, est en défaut, et qu'en pareil cas le chirurgien ne peut mieux y suppléer qu'en redoublant de circonspection dans le diagnostic et de promptitude à opérer, toutes les fois qu'il se trouve dans la nécessité absolue d'agir efficacement, à l'aide de l'instrument tranchant, pour combattre les effets de l'étranglement.

L'hydrocèle diffuse du cordon spermatique s'associe quelquefois à l'hydrocèle de la tunique vaginale dans le même côté du scrotum; cette circonstance, ainsi que je l'ai dit, avait été déjà observée par Léonidas et Paul d'Egine. Lors de cette complication, le scrotum prend une forme moins régulière que celle qu'il revêt lorsque la maladie est isolée. Le volume extraordinaire du col de la tumeur aqueuse est spécialement remarquable et s'accompagne d'une distension insolite de l'anneau inguinal. Lorsque deux hydrocèles distinctes occupent simultanément le même côté du scrotum, celle de la tunique vaginale est située en avant et descend plus bas que l'autre hydrocèle, placée en arrière et légèrement inclinée vers le bord externe des bourses. L'hydrocèle antérieure est séparée de la postérieure par l'interposition d'un sillon qui glisse obliquement sur la face antérieure du scrotum, à une distance d'autant plus éloignée du fond des bourses, que la sérosité qui remplit la tunique vaginale est plus ou moins abondante. Aussi longtemps que l'hydrocèle de la tunique vaginale conserve un médiocre volume, le sillon s'observe au bas du scrotum; mais si la sérosité accumulée dans la tunique vaginale est abondante, le sillon est transporté sur le sommet du scrotum, et, plus tard, dans le voisinage de l'anneau inguinal. En outre, comme on l'observe ordinairement dans le cas d'hydrocèle simple de la tunique vaginale, le testicule ne se voit pas, ne se sent pas, à l'aide du toucher, dans le fond du scrotum, et l'on constate à sa place la présence indubitable de l'hydrocèle diffuse du cordon derrière la tumeur aqueuse antérieure, ou l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Le diagnostic que je viens d'exposer sera parfaitement éclairé et confirmé par la relation du fait suivant (1):

« Un homme d'un âge avancé, d'ailleurs » robuste, portait au côté gauche du scrotum » une vaste hydrocèle diffuse du cordon sper- » matique. Il refusa de se soumettre à la cure » radicale de cette maladie, et permit seule- » ment que la tumeur fût ponctionnée à sa » partie latérale et inférieure. Une livre d'eau » environ ayant été évacuée par l'opération, » l'infiltration du sommet de la tumeur resta, » à peu près, ce qu'elle était avant la ponc- » tion. Quelques mois après, la tumeur du » cordon spermatique se remplit d'eau dans » toute son étendue, et aussi abondamment » qu'autrefois. Deux autres années s'écoulè- » rent avant que le malade réclamât de nou- » veau des conseils pour son infirmité. En at- » tendant, le côté gauche du scrotum, où rési- » dait l'hydrocèle diffuse du cordon, acquit un » volume énorme, et la fluctuation s'y mani- » festa, non-seulement, comme avant la ponc- » tion, à sa partie latérale et inférieure, mais » encore à la face antérieure du même côté » des bourses. Le testicule, qu'on voyait et » qu'on touchait au fond du scrotum avant » cette époque, était déplacé, et on observait, » vers le sommet de la tumeur, au voisinage » de l'anneau inguinal, un sillon qui descen- » dait obliquement et en avant sur le scrotum, » de manière à ne laisser aucune incertitude » sur la présence de deux hydrocèles séparées, » l'une antérieure, l'autre postérieure, dans » la même division du scrotum. Si l'on com- » primait, en effet, de bas en haut, la tumeur » antérieure (*hydrocèle de la tunique vagi-* » *nale*), la pression ne se propageait pas à la » tumeur postérieure (*hydrocèle diffuse du* » *cordon*), parfaitement séparée par une cloi- » son membraneuse. »

Ordinairement, les signes actuellement exposés suffisent pour faire connaître cette com-

(1) Mem. sulle ernie, mem. I, § XXXII.
(2) Académie royale de chirurgie, tome III.

(1) Monro, Works, pag. 576.

plication de l'hydrocèle dans le même côté du scrotum. Quoi qu'il en soit, en supposant même quelque incertitude, le chirurgien peut sans crainte la faire disparaître en pratiquant une ponction à la tumeur antérieure, parce que la sérosité qui distendait la tunique vaginale étant évacuée, si l'hydrocèle diffuse du cordon existe en même temps, celle-ci reste pleine et distendue comme auparavant, et se révèle immédiatement. Un exemple de ce genre est rapporté par Garengeot (1). « Arnaud, dit-il, ponctionna une hydrocèle de » la tunique vaginale, et, après avoir fait sortir les eaux, il s'aperçut que la tumeur n'était diminuée que de moitié. D'après cela, » il présuma qu'il existait une seconde hydrocèle dans le même côté du scrotum. Ensuite, » il ponctionna aussi la seconde tumeur, laquelle se vida complètement comme la première. » Je ferai observer ici, toutefois, que si cet exemple offre un cas bien avéré des deux hydrocèles distinctes dans la même division du scrotum, la seconde hydrocèle n'était pas la diffuse, mais bien l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique dont je m'occuperai plus tard, et parce que l'hydrocèle diffuse, ainsi que je l'ai démontré plus haut, traitée par la ponction, ne se vide entièrement qu'à sa base et jamais parfaitement à son sommet.

J'ai décrit, dans un autre ouvrage (2), une conformation congéniale particulière de la tunique vaginale, dans laquelle cette tunique, distendue par une quantité abondante de sérosité, offre la forme de deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre sur la face antérieure du scrotum, et, de plus, parfaitement séparées, à peu près vers leur milieu, par une sorte de lien circulaire. Cette apparence de deux tumeurs aqueuses est illusoire, puisqu'en réalité elles n'en forment qu'une seule qui se distingue aisément des deux hydrocèles ci-dessus décrites, premièrement, parce que le sillon séparant ne réside pas au sommet, mais au milieu ou presque au milieu de la tumeur; secondement, parce que si l'on comprime la tumeur la plus basse, soudain la supérieure s'engorge, et si l'on ponctionne l'inférieure, toutes les deux se vident entièrement par un jet continu.

Ledran raconte avoir eu l'occasion d'examiner sur un cadavre trois hydrocèles distinctes dans le même côté du scrotum, savoir: une dans le sac d'une hernie scrotale ordinaire, laquelle, quelque temps auparavant, avait été maintenue réduite; l'autre entre cette tumeur aqueuse et le crémaster, dans les cellules de la tunique vaginale; enfin, une troisième dans la tunique albuginée (3). Je regrette qu'un chirurgien aussi savant et aussi expérimenté ne se soit pas exprimé, dans cette circonstance, avec sa clarté et sa précision accoutumées, en un mot comme l'exigeait la singularité du fait. Si, en pareille occurrence, il était permis de proposer quelques conjectures, je me hasarderais à dire que la première hydrocèle était formée en effet dans le sac herniaire resté ouvert depuis la rentrée des viscères dans l'abdomen, la seconde dans la tunique vaginale, la troisième dans le tissu cellulaire du cordon spermatique.

Mon vénérable maître Morgagni (1) était disposé à croire que la sérosité épanchée et amassée dans le tissu cellulaire qui revêt le cordon spermatique pouvait, soit par son poids, soit par acrimonie contractée, rompre quelquefois ou corroder la membrane séparant la base de l'hydrocèle diffuse de la cavité de la tunique vaginale, et effectuer, en dernier résultat, la transformation des deux hydrocèles dans le même côté du scrotum en une seule. Garengeot (2) et de la Faye (3) partagèrent cette opinion. A l'époque où, faute de notions exactes sur la création de la tunique vaginale, l'on prétendait que la hernie scrotale congénitale (maladie, du reste, alors aussi fréquente qu'aujourd'hui) ne pouvait s'effectuer qu'à l'aide de la rupture graduelle du sac herniaire et de la tunique vaginale, certes, on pouvait croire que vraisemblablement une rupture analogue devait avoir lieu dans les cas d'hydrocèle diffuse du cordon, et qu'en conséquence l'eau remplissant la base de cette hydrocèle s'introduisait dans la tunique vaginale du testicule correspondant. Quoique je

(1) Opérations de chirurgie, tome I, observ. 28.

(2) Mem. sulle ernie, ediz. II, mem. II, § X.

(3) Observations de chirurgie, tome II, observ. 75. « L'une était dans le sac herniaire; la seconde » entre la première et le muscle crémaster, dans les » cellules de la tunique vaginale; la troisième dans » la tunique albugineuse. »

Cette troisième hydrocèle était très probablement constituée par l'énorme hydatide adhérente à la tunique albuginée et à l'épididyme, observée et décrite par Gooch (*Medical and surgical observ.*, pag. 174), ou bien par l'hydatide volumineuse dont parle Arnaud, et que cet auteur dit être caractérisée par de la sérosité siégeant entre la tunique albuginée et la membrane très ténue qui la recouvre et à laquelle il donne le nom de *peritestes*. Peut-être Ledran est-il tombé à cet égard dans la même erreur que Fabrice d'Aquapendente, qui propose d'appeler hydrocèle une collection de sanie placée entre la substance du testicule et la tunique albuginée, erreur qui a été reprochée à ce dernier dans les termes suivants par Moekenius : « Error est, meo judicio, magni anatomici. Spatio enim eo, quod est inter testiculum » et tunicam vaginalem, imò in scroto ipso, aqua » sæpiùs colligitur, nunquàm in testibus ipsis nisi » putrescant. »

Sabatier prétend que le sarcocèle est quelquefois compliqué d'une hydrocèle par épanchement de sérosité entre la substance du testicule et l'albuginée, mais l'expérience démontre que, dans tous les cas de sarcocèle avec hydrocèle, l'eau se trouve entre la tunique vaginale et l'albuginée seulement.

(1) De sedibus et causis morborum, epist. XLIII, 32.

(2) Loco citato, observ. 29.

(3) Notes au cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin royal de Paris, par Dionis, page 364.

sois convaincu que les annales de la chirurgie ne renferment pas un seul exemple authentique de ce genre de maladie, néanmoins, la suite de l'histoire de la double hydrocèle rapportée par Monro va démontrer que les deux hydrocèles distinctes siégeant dans la même division du scrotum peuvent communiquer ensemble par suite d'ulcérations propagées du testicule à la cloison membraneuse séparant la base de l'hydrocèle diffuse du cordon de la cavité de la tunique vaginale voisine.

« Chez ce même sujet, ajoute Monro, aussitôt qu'on eut pratiqué la ponction de l'hydrocèle antérieure ou de la tunique vaginale, » le testicule fut frappé d'une inflammation » qui se termina par la suppuration ; circonstance qui obligea de donner issue au pus. » D'abord, malgré cet incident, l'hydrocèle » diffuse du cordon spermatique resta aussi » gonflée et tendue qu'elle l'était précédemment. Dix jours après l'ouverture de l'abcès, » on observa que l'appareil était plus humide » que de coutume ; les bandes et les compresses ayant été promptement enlevées, on vit » jaillir du fond de la plaie beaucoup de sérosité limpide, ce qui amena une dépression » subite et une diminution de volume de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique. » Pendant les jours suivants, la sérosité limpide continua à fluer du fond de la plaie » avec diminution croissante de la tumeur. » Finalement, la plaie se cicatrisa et le malade » se trouva guéri de la double hydrocèle, c'est-à-dire de l'hydrocèle de la tunique vaginale » et de celle du cordon spermatique, formées » dans la même division du scrotum. »

Telles sont les considérations que j'ai cru pouvoir exposer sur la nature et les signes caractéristiques de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, soit simple, soit compliquée avec l'hydrocèle de la tunique vaginale correspondante. Mais la sérosité qui, consécutivement à une lésion pathologique ou par défaut d'absorption, s'accumule abondamment dans le tissu cellulaire environnant le cordon spermatique, ne filtre pas toujours également, de cellule en cellule, de manière à remplir tout le trajet du cordon, ou seulement la portion de celui-ci se prolongeant de l'anneau inguinal au testicule ; quelquefois, au contraire, elle se borne à occuper un petit nombre des cellules du tissu lamineux du cordon immédiatement au-dessus du testicule, tantôt vers la partie moyenne du scrotum, tantôt un peu au-dessus de l'anneau inguinal. Non-seulement la tumeur aqueuse constitue, dans chaque endroit, un épanchement circonscrit, mais encore, par suite des progrès de la maladie, une capsule membraneuse résistante et compacte, semblable à celle des tumeurs enkystées, s'organise autour d'elle, l'enveloppe et la contient plus solidement qu'à son début ; c'est pourquoi on a donné le nom d'hydrocèle enkystée à cette seconde forme de l'hydrocèle du cordon spermatique.

Ledran (1) observa, dans un cadavre, les rudiments des parois de ces tumeurs aqueuses enkystées disposées dans un ordre régulier le long de l'enveloppe celluleuse du cordon spermatique, et Bertrandi en a vu également de pareils, comparables, dit-il, à autant de follicules pleins d'eau et susceptibles de se prêter à une dilatation aussi marquée que les hydatides ordinaires (2). Il convient d'observer d'abord que l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique ne prend pas seulement naissance dans le tissu cellulaire qui avoisine le cordon, mais qu'il peut aussi avoir son siége, chez les femmes, dans l'enveloppe celluleuse qui revêt le ligament rond de l'utérus et l'accompagne au dehors de l'anneau abdominal, dans l'aine et la partie externe du pudendum, ou dans la gaîne membraneuse qu'autrefois on appelait, quoique très improprement, le canal de Nuck. Desault (3) parle d'une petite fille âgée de douze ans, qui, depuis quelque temps, portait dans l'anneau inguinal droit une tumeur molle, transparente, indolore, qui, de l'aine, s'étendait à la grande lèvre de la vulve qu'elle remplissait. Aussitôt que cette tumeur fut ouverte, on découvrit que ce n'était pas autre chose qu'une hydrocèle enkystée du ligament rond de l'utérus, de laquelle sortirent deux ou trois onces de sérosité limpide. Lallement (4) cite une dame de trente ans qui, depuis quinze années, s'était aperçue qu'elle avait dans l'anneau inguinal une tumeur de forme ovale, molle, opaque, indolente. Après sa mort on trouva que cette tumeur consistait en une hydrocèle enkystée renfermée dans l'enveloppe celluleuse qui accompagne, au dehors de l'abdomen, le ligament rond de la matrice. La description exacte d'une hydrocèle enkystée, dans le sexe féminin, analogue à celles actuellement signalées, et par conséquent renfermée dans la gaîne celluleuse du ligament rond de l'utérus, est donnée dans les œuvres d'Ambroise Paré (5), et une autre

---

(1) Traité des opérations de chirurgie, page 116. « J'ai souvent vu des tumeurs aqueuses grosses » comme des grains de raisin, placées d'espace en » espace le long du cordon spermatique, accompagner une véritable hydrocèle placée sur le testicule. J'ai conservé une pièce anatomique dans laquelle on voit quatre petites tumeurs aqueuses » de cette espèce, rondes et grosses comme des noisettes. »

(2) Loco citato. « Vidimus quoque hunc tumorem » in varios folliculos dilatatum, qui ex effusâ aquâ » recens intumuisse videbatur. »

(3) Journal de chirurgie, tome I, page 251.

(4) Mémoires de la Société médicale d'émulation, tome I, page 251. De semblables congestions séreuses enkystées se forment aussi dans les gaînes des tendons et dans les bourses muqueuses.

(5) Livre VII, chap. XVIII. « Comme ces jours » passés j'ai expérimenté une hydrocèle d'une fille » âgée de six à sept ans, pour laquelle résoudre » ayant en vain expérimenté, je fuy contrainct venir » à l'ouverture pour donner issue à l'eau contenue; » ensemble arracher et trancher la membrane qui » contenait ladite eau. »

observation de très ancienne date, et recueillie avec autant de soin que les précédentes, se trouve consignée dans les œuvres d'Aetius, d'après les écrits de la sage-femme Aspasie (1).

(La fin au prochain numéro.)

CABARET, D. M.
à Saint-Malo (Ile-et-Vilaine).

Hygiène publique.

IV. Discours de M. Pariset sur la peste et les quarantaines (suite) (2).

Ce que je dis de la Syrie, je le dirai hardiment de l'île de Chypre, et de l'île de Rhodes, et de l'île de Candie, et de toutes les îles de la Grèce, et de toute l'Asie mineure, d'Adana et de Tarsous à Smyrne; je le dirai même de la capitale de l'empire, de Constantinople; je le dirai, non d'après la peinture que me faisaient de l'état général de cette grande ville des personnages distingués qui l'avaient longtemps habitée, et que je prenais soin de consulter avec détail, soit au Caire, soit à Alexandrie; mais je le dirai sur la foi de Timoni, de Mackensie, du médecin juif dont Hovard a publié les témoignages: hommes habiles, qui pendant de longues années ont observé sur les lieux, et qui voyant toujours la peste importée, soit à Smyrne, soit à Constantinople, la voyaient décliner et s'éteindre avec le temps, et ne reprendre vigueur que par des importations nouvelles. Je le dis enfin sur la foi des évènements qui se sont passés et qui se passent encore sous nos yeux. Pendant la guerre, ou, si l'on veut, pendant la rupture de la France avec la Porte, Constantinople a été huit années sans peste; et voilà bientôt huit années que des mesures sagement conduites l'en ont délivrée et probablement l'en délivreront toujours. De si longs intervalles, je ne dirai pas d'intermittence, mais de suppression, peuvent-ils se concilier avec la permanence, ou, ce qui est la même chose, avec l'endémicité d'une maladie? Cependant, qu'a-t-on fait dans les deux Turquies? On a isolé les malades; ce qui revient à dire que l'on a empêché les rapprochements et les contacts; voilà tout. On n'a changé ni l'air, ni les eaux, ni les lieux, ni le sol. D'autres soins seront pris sans doute; car tout n'est pas fait pour un entier assainissement; mais enfin le soin qu'on a pris a suffi pour trancher le mal; et ce soin n'eût été qu'un faible palliatif, si le mal avait eu son principe, ou dans l'air, ou dans les eaux, ou dans les aliments, ou dans les habitations, ou dans le sol même, ou, à plus forte raison, dans toutes ces choses à la fois. Concluons encore que la peste n'est endémique dans aucune partie des deux Turquies, d'Asie et d'Europe; que la capitale la reçoit et la rend quelquefois sans jamais la produire; et que si la première de toutes les pestes connues lui est venue d'une source étrangère, c'est aussi de la même source que, pendant treize siècles entiers, elle a reçu toutes les autres.

Enfin cette endémicité que nous cherchons, la trouverons-nous dans les États barbaresques? Non, messieurs. De même que les deux Turquies, de même que la Syrie, ces États reçoivent la peste, et, après l'avoir reçue, ils la répandent autour deux; ils la donnent même à l'Occident. Ils l'ont donnée plus d'une fois à l'Espagne, et à la Hollande, et par la Hollande à l'Angleterre et au nord de l'Europe: mais ils ne la produisent pas. Si l'Algérie, qui faisait partie de ces États, avait la funeste propriété de la produire, est-ce que depuis une possession de seize années cette triste révélation ne se serait pas faite, et faite plus d'une fois à la France? Les marais que renferme l'Algérie ont-ils engendré la peste, ni même ombre de peste? Ici d'ailleurs, nous ne sommes plus dans l'Orient proprement dit. Retournons en Orient; et comme une permanence constante est le caractère propre de l'endémicité, est-il finalement une contrée où se trouve cette permanence qui ne se dément jamais? Oui, messieurs, cette contrée existe, et c'est précisément celle que nous avons déjà nommée, en ne la nommant pas: oui, cette contrée est l'Égypte; oui, l'Égypte est un foyer permanent de peste, et j'ajoute, comme je l'ai dit ailleurs, c'est le seul foyer de peste qui soit au monde. « Vous cherchez la peste, me di-» sait dans la Haute-Égypte un ministre du » vice-roi; retournez au Caire, elle y est tou-» jours. » Ce que ce ministre me disait du Caire, je le dirai de Damiette, de Rosette, d'Alexandrie, des petites villes, des moindres bourgs et des moindres villages de l'Égypte inférieure. Dans le cours d'une année, il n'est pas de mois, il n'est pas de semaine, de jour, pas d'heure, où vous ne rencontriez ici, là, partout, soit des cas de véritable peste, soit quelques-uns de ces accidents qui ont avec elle une étroite affinité; tels que de vifs élancements dans l'aine ou les aisselles; des taches, des vergetures, des pétéchies, des charbons, des fièvres de mauvais caractère et promptement mortelles; et finalement, de ces abcès, de ces tumeurs qui prennent leur siége sur tous les points de la périphérie, au col, au dos, aux bras, à l'épigastre, ou bien enfin dans le pli des aines ou des aisselles. Et sans parler de ces

(1) Tetrab., IV, cap. C. « Hernia aquosa circa pudendi alas consistit inflationi similis debili ac » molli tumore. Et quandoquè alterutram, quandoquè utramque partem occupat. Ad contactum » fluctuationis apparentiam quandoquè exhibet. » Primùm itaque discutientia adhibeantur suprà » in viris ad hernias aquosas relata, præsertìm in » virginibus. At si parùm successerint, muliere ritè » locatâ, sectionem rectam congruam faciemus. Dissectâ autem cute, subjectas tunicas paulatìm excoriato, et volsellâ arreptas distendito, et membranam humorem continentem dissecato. Extracto » humore, sectionem membranæ ad myrtei folii » figuram facito, et labiis sectionis duabus aut tribus » suturis adductis, suppurantia medicamenta adhibito. »

(2) Voir les numéros des mois d'août, septembre et octobre.

brusques morts que l'un de nous voyait à Alexandrie, quelle rapidité dans le mal! A six heures, un homme est en pleine santé; à sept, il a fièvre et délire; à huit, bubon et mort. Et le contraire : la peste, ou plutôt l'acte maladif qui la manifeste, semble se décomposer en efforts successifs, mais imparfaits. Un bubon se forme tous les six mois; il suppure : et santé plus vive qu'à l'ordinaire; puis le bubon revient, ainsi de suite. Un soldat a la peste en Morée; il a fièvre et bubon : la fièvre s'arrête; le bubon rentre, et la peste avorte; puis santé chancelante. Le malade revient en Egypte; il est pris de fièvre; le bubon reparaît; il mûrit; on l'ouvre : guérison. Le premier de ces deux cas n'est-il pas une peste intermittente? le second, une peste chronique? Et de part et d'autre, ne sont-ce pas là deux longues incubations? Mais quoi! une peste n'a été mortelle qu'après cent jours; et pendant ces cent jours le malade eût pu donner sa maladie. Au reste, que fais-je? où vais-je m'engager? Pourrais-je vous raconter, et pourriez-vous entendre tous les accidents de vraie peste, et les innombrables accidents pestilentiels, si singuliers et si bizarres, qui, dans les derniers mois de 1829 et dans les premiers de 1830, au Caire, à Boulac, et lorsque j'entrepris avec M. Hamont la visite du Delta, à Mit-Gama, à Mansourah, à Damiette, venaient, pour dire, de toutes parts au devant de nous, et que nous rapportaient à l'envi, et les médecins du Caire, MM. Dussap, Chédufau, Dibabgi, Castagnone, le vénérable père Raphaël Cubie, et Clot lui-même; puis tous les médecins militaires, MM. Ardouin, Aressy, Vellani, Cavalier, et jusqu'aux drogmans des différents consulats, lesquels s'empressaient de nous instruire chaque matin des malheurs de la veille; malheurs marqués de moment en moment par des bubons, par des pétéchies, par des charbons, par des fièvres dangereuses, et par tout ce formidable appareil qui n'appartient qu'à la peste? Cependant on ne voyait là que des préludes. On s'attendait à la voir éclater en épidémie, parce que l'inondation avait été excessive, qu'elle avait profondément remué les cimetières et découvert les cadavres. Mais un vent froid du midi souffla avec violence, dessécha les terres de très bonne heure, et prévint le mal. Cependant, à mesure que nous avancions, à chaque village, à Bishley, à Tounamel-el-Carbi, à Tounamel, à Téraneh-el-Bar, à Siroué, quels tristes souvenirs nous étaient rappelés par les scheicks sur les pestes antérieures, d'un an, de deux, de trois, de quatre, de cinq ans; sur les déplorables souffrances des fellahs nus, affamés, réduits à se nourrir d'herbe, fuyant devant nous, comme on fuit devant un ennemi furieux; dormant dans la boue; traînant avec eux des bubons aux aines ou aux aisselles, et mourant, comme à Zetfé, en une ou deux nuits; d'autres périssant plus vite encore, couvert de pétéchies; d'autres avec des gonflements qui ne permettaient plus de les reconnaître! Et remarquez que tout cela se passait en quelque sorte sous nos yeux, en 1830, dans des villages de l'intérieur des terres, qui n'avaient avec le dehors aucune communication : ce qui autorisait tant de malheureux à croire et à dire que la peste leur venait de la terre, ou qu'un être supérieur, que Dieu la leur envoyait, ainsi que l'entendait crier, en 1812 et 1813, le capitaine Moustapha dans les dix-neuf villages du Ménoufieh qui avaient la peste. Or, ces paroles de désespoir, les fellahs les diraient-ils, si le mal leur venait de l'extérieur? Ici, messieurs, je cesserai de vous entretenir de mes observations personnelles, pour vous rappeler celles que firent les illustres médecins de la grande expédition, Desgenettes, Larrey, Savaresi, Pugnet, Louis Franck, Sotira, Boussenard : tous déclarent qu'à chaque pas nos soldats rencontraient la peste; qu'on la voyait à la fois dans cent lieux différents, lesquels ne communiquaient entre eux par aucun intermédiaire, et surtout ne communiquaient point avec Constantinople; car alors la guerre avait rompu tous nos liens avec la Porte, et la Porte n'avait pas la peste. Quelle conclusion tirez-vous, messieurs, de ces observations, si ce n'est la conclusion qu'en ont unanimement tirée les observateurs eux-mêmes? savoir, que la peste ne quitte jamais l'Égypte, et qu'elle y est conséquemment stationnaire ou endémique : vérité que rendra plus sensible encore le petit nombre d'observations que je produirai tout-à-l'heure.

Ainsi, messieurs, l'Égypte que nous connaissons, l'Égypte moderne, est le domaine de la peste; et, pour emprunter les paroles du docteur Leukias, elle en est la source prototype, la source protacartique, ou primitive, comme l'avait dit Montesquieu. Elle est devenue pour l'homme un séjour de ruine et de mort, comme le prouverait le dépérissement, tantôt ralenti, tantôt précipité, de sa population; elle qui était autrefois pour l'homme un lieu de délices, de conservation et de santé. D'où vient cette énorme différence? Les éléments naturels se sont-ils détériorés? Le soleil et l'air ne sont-ils plus les mêmes? L'eau du Nil a-t-elle perdu ses qualités originelles? On parle d'anciens canaux qu'on a laissé combler; mais ils n'ont pu se combler qu'en se remplissant de terre et de sable, et jamais le sable de l'Égypte, jamais la terre d'alluvion dont elle est fournie, ne produiront une ombre même de maladie. On parle de flaques d'eau stagnantes et de marais. Messieurs, j'ai bien vu l'Égypte. Les flaques d'eau que le Nil dans sa retraite laisse après lui dans quelques bas-fonds, ces flaques d'eau sont en très petit nombre; elles ont peu de profondeur et d'étendue. L'eau s'y altère, il est vrai, par la décomposition des végétaux et des insectes, par le mélange des fumiers, des égouts, des excréments, et surtout par la décomposition de quelques grands animaux qui se traînent jusque-là pour étancher leur soif, et s'y laissent tomber, morts de faiblesse ou de maladie. C'est malheureusement de ces eaux que s'abreuvent les fellahs du voisinage et trop éloignés du Nil. Qu'un tel breuvage les empoisonne plus ou

moins lentement, et finissé par provoquer l'acte maladif, c'est-à-dire la fièvre, le bubon, les charbons, les pétéchies, c'est ce que je ne contesterai pas; mais ces causes locales n'ôtent rien à l'activité des causes qui produisent la peste dans les grandes villes du Caire, de Damiette, d'Alexandrie; car c'est là surtout que se forment les grandes épidémies pestilentielles. Quant aux marais, où sont ils? Veut-on parler de ce grand réservoir d'eau vive du Fayoum, voisin du Birket et Quérum, ou du lac Mœris d'aujourd'hui? Veut-on parler des lacs qui bordent la côte septentrionale dans une longueur de soixante lieues? Mais on ne voit jamais la peste partir ni du lac Mœris, ni du lac Mœriotis, ni du lac de Bourlos, ni du lac Menzaleh. J'ai visité ce dernier lac, et j'y ai vu presque au centre les îles Matarieh, lesquelles ont été trente-deux ans sans peste; et, pour le dire en passant, j'y ai vu des varioloïdes sans variole et sans vaccine antécédentes. A l'égard de la peste, ce n'est ni de ces lacs ni de leurs bords fangeux que naît cette dangereuse maladie. Jetez, du reste, les yeux sur le globe; et dans les deux hémisphères, au sud et au nord de l'équateur, de 0 à 31 ou 32 degrés de latitude, considérez les contrées qui correspondent à l'Égypte. Vous trouverez de grands fleuves, des terres d'alluvion encore diffluentes et mal formées; vous trouverez des marais où, sous les feux du soleil, pourrissent des végétaux, des insectes et de petits animaux; car, pour mourir, les grands animaux se cachent on ne sait où; vous verrez s'échapper de ces marais des effluves qui font pénétrer dans l'économie de l'homme les principes des fièvres intermittentes, des fièvres pernicieuses, et les principes de beaucoup d'autres maladies non moins redoutables, peut-être la fièvre jaune, peut-être le choléra; mais au nombre de ces maladies vous ne trouverez jamais la peste d'Orient; je ferais mieux de dire la peste de l'Égypte. Pour engendrer la peste, il faut donc que l'Égyte ait quelque maléfice particulier. Oui, sans doute. Je reconnais le premier tous les maux que peut faire aux hommes un gouvernement sans tendresse, sans pitié, sans souci de l'avenir, sans intelligence de ses véritables intérêts; un gouvernement aveugle, que ne peut éclairer ni la science ni ses propres malheurs, et qui se traîne de ruine en ruine; infatué de cette pensée que, dans ses préceptes d'hygiène et de conservation, l'Europe se nourrit et veut repaître les autres de chimères et de puérilités. Je reconnais le premier que la misère, la nudité, la malpropreté, le supplice de la faim, dépravent profondément les organisations et les ouvrent à toutes les maladies imaginables; mais je soutiens que ces maladies, bien que rapprochées de la peste par les affinités les plus étroites, ne sont pourtant pas la peste; et que, pour franchir le léger intervalle qui les sépare, le secret maléfice dont je parle est absolument nécessaire; et ce maléfice, quel est-il? Je le dis pour la centième fois, et je le répéterai jusqu'à satiété : ce maléfice est l'empoisonnement par les émanations des cadavres, soit des cadavres des animaux, soit surtout des cadavres humains, ainsi que le déclare si formellement Joubert, ainsi que l'établit Ambroise Paré lui-même par un fait décisif, je veux dire par l'histoire de la peste de 1562 (1). En 1562, en effet, du puits du château de Pène, rempli de cadavres jusqu'à cent brasses de profondeur, sortit, comme du puits de l'Apocalypse, une vapeur qui se répandit à dix lieues à la ronde dans tout l'Agénois, et y fit paraître plusieurs cas de véritable peste. Si, témoins de cet évènement, vous eussiez raisonné comme Ambroise Paré, vous raisonnerez *à fortiori* de la même manière pour l'Égypte; avec cette différence que, dans cette peste d'Agen, l'effet fut transitoire et borné, parce que la cause l'était elle-même; au lieu qu'en Égypte, la cause étant permanente, l'effet est permanent comme elle. La cause est permanente, ai-je dit, et c'est surtout par-là que l'Égypte de nos jours diffère si prodigieusement de l'Égypte d'autrefois. L'ancienne Égypte poussait au dernier excès l'horreur de toute pourriture animale. Elle en préservait avec toute la rigueur d'un scrupule religieux toute terre qui pouvait recevoir une plante, un arbre, une habitation; et toute cette matière putrescible, dont j'essayais l'autre jour de faire comprendre l'immense quantité, toute cette matière préparée, salée, desséchée, enveloppée de bitume ou simplement de linge à profusion, et j'ajoute recueillie ou dans des tombes de pierre, ou dans des cercueils de sycomore, ou entassée dans des millions de millions de vases en terre cuite, toute cette matière était finalement ensevelie dans des cavités profondes, ouvrages de la nature ou de l'art, plus grands, plus multipliés, plus durables même que les palais et les temples. Le sol, l'eau, l'air, étaient préservés. Au lieu que cette même pourriture, je la vois aujourd'hui mêlée sans préparation, et comme incorporée toute crue avec la terre; de telle sorte que l'Égypte d'aujourd'hui ne serait qu'un vaste cimetière; et qu'à cause de l'égalité et de la porosité du sol, à cause de la chaleur et de l'humidité dont il est pénétré dans toutes ses parties, surtout pendant la tiédeur des hivers, ce cimetière serait une véritable distillerie de cadavres. Est-ce que j'exagère? Ah! j'ai encore en ce moment sous les yeux toutes les abominations qui nous saisissaient d'étonnement, M. Hamont et moi, à mesure que nous avancions dans le Delta. J'en ai parlé avec étendue et, j'ose le dire, avec une extrême fidélité dans le mémoire que j'ai publié sur les causes de la peste; mémoire que vous avez entendu dans une de vos séances, et que je viens de relire avec la défiance que vous me connaissez pour tout ce que je pense et tout ce que j'écris, et dont j'aurai néanmoins la hardiesse de dire aujourd'hui qu'il n'est pas une seule expression que j'en voulusse retrancher, ni peut-être une seule que je ne voulusse rendre plus vive

(1) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré*, publiées par J.-F. Malgaigne. Paris, 1841, t. III, p. 350 et suiv.

et plus énergique : tant l'image de l'horrible état où je voyais la Basse-Egypte il y a seize années se retrace avec force dans mon esprit. Ces tableaux affligeants vous ont été présentés plus d'une fois, et je vous fatiguerais sans fruit si je reproduisais en ce moment ce qu'on peut voir dans ce petit ouvrage sur l'incroyable insalubrité du Caire; de cette grande ville que traverse un canal d'eau croupie, et dont la moitié est assise sur des sépultures en général très superficielles, sur les trente-cinq cimetières qui lui appartiennent, et dont vingt-cinq en occupent ou en occupaient l'intérieur, si voisins des maisons habitées, que les morts semblent faire partie des vivants; sur ces quartiers sombres, humides, irréguliers, mal construits, à rues étranglées, où l'on compte par centaines des maisons toutes remplies de cadavres; conditions malheureuses qui suffiraient toutes seules pour menacer la vie des hommes et l'abréger par les plus dangereuses maladies, comme le prouve l'étonnante mortalité des enfants; conditions, du reste, que l'on rencontre partout, je le répète, dans les villes petites ou grandes de la Basse-Égypte, mais plus spécialement dans les villages, où elles se montrent sans masque et sous l'aspect le plus hideux, le plus effrayant et le plus digne de pitié. Ce qui met le comble à tant de maux, c'est lorsqu'à de fortes pluies succèdent rapidement de fortes chaleurs. L'évaporation devient alors si abondante et si pernicieuse, que ces villages, bâtis de charognes et de boue, sont comme plongés dans une fournaise de mort; c'est alors aussi que la peste éclate et achève de les dépeupler. « Vous parlerez du delta, me disait un voyageur qui connaissait le delta jusque dans » ses moindres détails; vous en parlerez; » vous en ferez une peinture affreuse, mais » vous resterez toujours au-dessous de la vé- » rité, et plus vous en approcherez, moins on » vous croira. » Un autre, qui avait parcouru les quatre parties du monde, me disait de son côté : « J'ai vu des peuples bien pauvres, bien » dénués, bien malheureux; mais leur misère » n'approche pas de celle de l'Égypte. » Ce qui m'étonnera toujours, c'est qu'un état si déplorable ait échappé à tant de voyageurs, j'y comprends Volney lui-même, et que pas un n'ait soupçonné la funeste influence que peut avoir sur notre organisation ce prodigieux amas de causes délétères. Mais quoi! la vivacité de la lumière, la sérénité du ciel, la douceur et la pureté de l'air, et la riante physionomie de cette Égypte qu'arrosent de si belles eaux et qui fait sortir de son sein une végétation si riche et si variée, tout ce magnifique spectacle a toujours fasciné les yeux et trompé sur le fond des choses; car, en bien comme en mal, l'Égypte réunit les extrêmes, et cache celui-ci par celui-là. Si Howard avait visité l'Égypte, il en eût bientôt découvert toutes les infortunes. Et voulez-vous quelques exemples de celles dont je parlais tout à l'heure? en voici deux entre mille; je les cite de préférence parce qu'ils sont authentiques l'un et l'autre, et que pour la question qui vous occupe ils conduisent à des conclusions péremptoires. Le premier, que j'ai rapporté ailleurs, est celui-ci : « Dans l'hiver de 1823 à » 1824, le pacha faisait bâtir une fabrique de » coton à Kélioub, petite ville à quatre lieues » nord du Caire. On jeta les fondements de » cette fabrique à travers des tombes anciennes et nouvelles. Un jour, vers midi, un » tailleur de pierre se plaint de mal de tête; » on le renvoie chez lui. A quatre heures, il » était mort. Il ne fut point visité; mais huit » personnes qui composaient sa famille moururent le même jour dans la soirée; elles » avaient des bubons et des charbons. » Second exemple d'une famille de neuf personnes, comme celle de Déir-el-Kamar, et comme elle enlevée par la peste, mais en beaucoup moins d'heures. Je reprends : « Kélioub fut » bientôt infecté; sur 5,000 habitants, il en » perdit 2,000. Le mal fut porté au vieux » Caire, à Gizeh, à Boulac, et finalement au » Caire, où il emporta 60,000 personnes..... » Vous remarquerez que cette année-là il y » avait eu une grande inondation et de grandes pluies; que la peste n'existait point » dans les environs, et que Kélioub n'avait » rien reçu de l'extérieur, ni du Caire, ni » d'Alexandrie, ni à plus forte raison de Constantinople. »

Ce fait, pris dans toute sa simplicité et dépouillé de ses accessoires, qui, du reste, loin de l'affaiblir, le fortifieraient au contraire, mais qui seraient ici superflus, ce fait, dis-je, prouve invinciblement trois choses : la première, qu'en Égypte la peste est spontanée; la seconde, qu'elle est donnée sur place; la troisième, qu'elle est contagieuse : contagieuse, car non-seulement elle tue le tailleur de pierres et par lui toute sa famille en si peu d'heures; non-seulement elle attaque ultérieurement dans la fabrique un, deux, trois ouvriers par jour et les fait promptement mourir, par exemple les limeurs, qui tombaient tout d'un coup, se couvraient de charbons et cessaient de vivre en une ou deux nuits; puis un Européen qui arrive de la Basse-Égypte à Kélioub plein de santé, entre chez lui, est pris de peste sur-le-champ, a des charbons au dos et sur les flancs, et va mourir à Méhallet-el-Kébir; puis un autre Européen qui expire en trois heures, noir comme du charbon; non-seulement cette peste affecte ainsi une suite de sujets dans le même lieu, mais encore, à travers trois ou quatre intermédiaires, elle se répand jusque dans la capitale et y produit une mortalité que je croyais exagérée, mais qui m'a été confirmée en 1830 par le ministre de la guerre. Au reste, moins ce grand fait prouverait pour la contagion, plus il prouverait pour la spontanéité, et, par suite, pour l'endémicité; de sorte qu'on n'affaiblirait la troisième conséquence que pour fortifier les deux autres.

Le second fait est tout récent. Toutes les maisons des Coptes ont des sépultures domestiques. Dernièrement, un Copte fait rebâtir sa

maison ; on arrive aux sépultures, et les ouvriers, au nombre de quatre, prennent la peste. D'où suivent les deux premières conséquences établies par le fait précédent; savoir, je le répète, qu'en Égypte la peste est spontanée, et qu'elle a été donnée par les cadavres. Celle-ci a-t-elle été contagieuse? Je l'ignore; et je m'en tiens à ce que je viens de rapporter. Mais comme c'est la multiplication ou la répétition soutenue des cas spontanés qui fait reconnaître l'endémicité, si ce fait n'établit pas la contagion, il concourt du moins à établir l'endémicité; cette endémicité que nous cherchions et que nous ne chercherons plus, car c'est un point sur lequel je pense que vos esprits sont irrévocablement fixés.

Maintenant, lorsque le cadavre fait ainsi naître la peste, que se passe-t-il entre le mort et le vivant? En quoi consiste le dangereux principe que le second reçoit du premier? Mystère que, malgré ses admirables progrès, la chimie n'a pas encore pénétré. Toutefois, souffrez ici quelques remarques que je dois à l'obligeance de M. Danger. Cet ingénieux expérimentateur s'est essayé sur les décompositions des matières animales, et particulièrement sur les terres des cimetières. Si je l'ai bien entendu, voici ce que lui ont appris ses études. Les produits immédiats de la décomposition putride ne sont pas, comme on se l'est figuré, des corps élémentaires, tels que l'hydrogène, le carbone, l'azote, etc.; ce sont, au contraire, des vapeurs dont les molécules organisées, condensables, susceptibles de se dessécher, et de se conserver indéfiniment sous cet état, le sont aussi de se désorganiser complètement par une certaine combinaison de chaleur et d'humidité. Entraînées par les gaz, par les vapeurs d'eau, les courants d'air et de poussière, dispersées sans être détruites par l'eau pure comme le pensait Desgenettes, expulsées par l'acide sulfurique, elles ne sont neutralisées que par les bases alcalines puissantes, la chaux, la potasse, la soude, l'ammoniaque, les cendres des végétaux. Elles sont condensées, au contraire, et non décomposées, par les corps poreux, au nombre desquels on doit ranger le sable fin. Du reste, tant qu'elles conservent l'organisation qui leur est propre, elles peuvent servir de ferment, et par conséquent agir sur les êtres vivants pour les désorganiser, par la raison que, trouvant en eux le degré de chaleur et d'humidité qui doit les détruire, elles ne se détruisent, en effet, elles ne subissent leurs métamorphoses qu'en les faisant partager à l'être qui les a reçues, et dont la vie se trouve aussi compromise et quelquefois anéantie. On comprend par-là comment, au milieu de tant d'agents contraires, la peste n'est pas pour l'Égypte aussi funeste qu'elle pourrait l'être. L'air y est toujours en mouvement. Des torrents de poussière la balaient pour ainsi dire dans toutes les saisons. Les germes de peste ainsi dispersés par les vents sont moins rapprochés et moins actifs. En second lieu, l'eau du Nil est très alcaline; répandue sur les terres, elle atteint les cadavres; elle en retient, elle en neutralise momentanément les miasmes. Mais la source n'en est pas épuisée. Dans la douce et humide chaleur de l'hiver, la décomposition putride se ranime. Les subtils ferments qu'elle produit se condensent dans le sol sablonneux qui forme l'Égypte et où reposent les cadavres. Pour peu que l'élévation de la température les fasse vaporiser, l'homme les reçoit par les vaisseaux absorbants superficiels, ou par ceux des poumons, c'est-à-dire par l'acte respiratoire. Par l'une et par l'autre voie, il s'en sature à ce point que ce que j'appelle l'état maladif s'achève, et que tout à l'heure la peste, ou plutôt l'acte qui la manifeste, éclatera avec plus ou moins de violence. D'un autre côté, comme les plantes, selon la remarque de Montesquieu, s'approprient, ainsi que l'air, les particules de la terre qui les nourrit, il est permis de supposer que les plantes textiles de l'Égypte, le lin, le chanvre, le coton attirent dans leur intérieur ces molécules si ténues échappées des cadavres, et les conservent dans leur tissu, comme le fait la soie, comme le font surtout la laine, les poils, les plumes des animaux. Ces matières textiles une fois travaillées, devenues marchandises, et pressées sur elles-mêmes, soit dans des magasins, soit dans des vaisseaux de transport, les miasmes qu'elles recèlent peuvent, par le repos, par l'exclusion de l'air, et par une certaine chaleur, réagir les uns sur les autres, et se prêter à des combinaisons nouvelles et toujours plus dangereuses : comme il arrive, parmi nous, au linge de l'homme le mieux portant, lorsque, après l'avoir porté pendant quelques jours, cet homme s'avise de le ployer en plusieurs doubles, et de le tenir quelque temps exactement clos dans une étroite armoire; comme je l'ai observé moi-même, soit sur des cahiers d'hôpital que l'on avait tenus quelques mois en repos dans le coin obscur d'une pharmacie, soit sur les papiers que la commission française avait rapportés de Barcelone, et qu'il fallut brûler aux portes de France, dans le lazaret momentané de Bellegarde. Outre ces exemples, outre une foule d'autres exemples analogues, ce qui autoriserait de telles spéculations, ce sont certains récits que l'on rencontre dans Mead; et personne n'accusera Mead de crédulité; ce sont les récits que M. Drovetti faisait devant moi sur les promptes morts qui frappaient à la première ouverture des magasins de coton que l'on avait tenus longtemps enfermés; ce sont les récits que l'on faisait à Lancisi sur les maladies qu'avaient à subir les ouvriers de Constantinople qui maniaient le chanvre et le lin récemment arrivé d'Alexandrie, maladies promptement mortelles, ou qui ne tardaient pas à revêtir tous les caractères de la peste. Que si ces récits ont été trop souvent contredits pour n'être pas suspects, voici un fait que je tiens d'un témoin oculaire, homme éclairé, sincère, et dont le témoignage est pour moi celui de la vérité même. Il est en Égypte une ville dont on ne s'occupe presque pas en Europe, et qui, de toutes les stations maritimes, est

peut-être la plus dangereuse : c'est Damiette. Or, il est de toute certitude que du chanvre porté de Damiette à Salonique a introduit plus d'une fois dans cette dernière ville des pestes furieuses, entre autres celle de 1816, qui fit périr toute la maison du shérif de la Mecque et le shérif lui-même. On sait que, fait prisonnier par Méhémet-Ali, il avait été relégué à Salonique par la Sublime-Porte. Lorsque la peste est en Egypte, le cabotage de Damiette est plus redouté même par les Turcs que les navires expédiés d'Alexandrie.

Au reste, pour clore cette digression sur les miasmes, il faut convenir que la nature de ces êtres singuliers nous est encore trop peu connue. Assurément ce sont là des poisons animaux, parmi lesquels, s'il en est de très doux, il en est aussi de la plus dangereuse espèce, et d'autant plus actifs qu'ils sont plus divisés. Il est probable qu'ils n'ont pas tous la même composition, et que si l'analyse y découvre les mêmes éléments, ces éléments n'ont pas dans tous le même arrangement ni les mêmes proportions. Mais s'ils n'ont pas la même composition, ils n'ont plus les mêmes propriétés; et différant entre eux comme diffèrent l'un de l'autre les miasmes du typhus, de la fièvre jaune, de la variole, ainsi de suite, il est tel d'entre eux qui allumera la fièvre, tel autre élèvera le bubon; celui-ci produira les charbons, celui-là les pétéchies, etc., de telle sorte que la simultanéité de tous les symptômes sera l'œuvre nécessaire de leur concours. C'est ainsi que l'on pourrait comprendre, au moins en partie, les différences que l'on remarque de telle peste à telle autre, et, dans la même peste, de tel cas à tel autre. Ici je vous dis à ma manière ce que dit à la sienne Mindererus, comme on peut le voir dans Sorbait. Enfin, c'est en combinant toutes ces variétés avec les variétés prodigieuses de notre organisation, que l'on pourrait se rendre compte de toutes ces inconstances dont on est si vivement frappé dans l'étude de la peste. Malheureusement, de part et d'autre, les deux termes principaux de la question nous sont également inconnus. Nous ne suppléons à notre ignorance que par des conjectures; et presque jamais des *peut-être* ne sont des vérités : or, ici, les *peut-être* seront encore longtemps, si ce n'est toujours, l'unique aliment de notre esprit.

Je viens, messieurs, de parcourir un long espace, et je pense avoir solidement établi cette suite de propositions, que la peste n'est endémique ni dans la Syrie, ni dans les deux Turquies, ni dans les îles qui les environnent, ni à Erzeroum, ni dans le bas Danube, ni dans les États barbaresques, et qu'au contraire elle est endémique en Égypte. Je pense avoir fixé nettement les conditions de cette endémicité; conditions qui ne se trouvent nulle part dans le monde, ni au même degré, ni avec la même permanence; parce que ces conditions sont pour ainsi dire l'Égypte elle-même : terre égale, unie, légère, poreuse, chaude, humide, et saturée de matières animales, et spécialement de cadavres humains; car, en général, les cadavres des autres grands animaux, tels que les bœufs, se décomposent à l'air libre; et cette décomposition, bien qu'insalubre, n'a pas à beaucoup près les mêmes dangers : on a vu pourquoi. Si dans tout cela je ne me suis pas mépris, il s'ensuit que tout ce que le rapport de votre commission renferme de contraire est ruiné de fond en comble, ou demanderait au moins de grandes restrictions. Il suivrait encore de là que pour abolir avec sécurité nos quarantaines, pour délivrer l'Europe des périls qui menacent la vie des hommes et des gênes que souffre le commerce, dernière considération d'un moindre prix, à mon avis, que toutes les autres, il faudrait s'attacher à détruire la peste en Égypte. Mais cette destruction est-elle possible? Oui, sans doute. Faites revivre l'ancienne sagesse. Toutefois, ne remuez pas les terres : la peste en sort; vous l'avez vu. Laissez au temps, laissez à l'air le soin de dissiper, d'épuiser, d'éteindre le poison dont elles sont pénétrées. Ayez d'abord un état civil qui constate les décès; puis changez les lieux de sépultures; ne souffrez plus de sépultures domestiques; portez-les toutes dans le sable du désert, loin de toute demeure humaine; et puisque les matières alcalines ont l'heureuse propriété de neutraliser les miasmes ou les molécules délétères, sachez mettre à profit les dons que vous a faits la nature : car on dirait que, pour la conservation de l'Égypte, la Providence a mis dans ses mains ces puissants auxiliaires, et les a mis à profusion. L'eau de son fleuve est alcaline. Qu'elle multiplie ses canaux d'irrigation, afin que les cultures soient toujours arrosées d'une eau si bienfaisante : double source de fécondité et de salubrité. Elle a du natrum en surabondance; qu'elle en enveloppe ses cadavres, comme le faisait l'ancienne Égypte; qu'elle en recouvre la surface de ses cimetières actuels; qu'elle le répande par couches légères sur les points suspects de son territoire; enfin qu'elle change l'intérieur de ses villes et de ses villages; qu'elle en élargisse les rues, qu'elle en nettoie les maisons; qu'elle les rende saines et commodes; qu'elle purifie ses égouts; qu'elle imite, en un mot, le bel exemple que lui a donné l'armée française il y a près d'un demi-siècle. Peines, travaux, dépenses! Eh qu'importe, puisqu'il s'agit de la conservation des hommes! Voyez ce qu'a fait la Hollande pour la sûreté des siens. Singulière économie! Vous ménagez la peste qui vous détruit; vous détruisez les hommes qui vous servent. Mais, comme je l'ai déjà dit si souvent au vice-roi, à Méhémet-Ali, les hommes sont la première de toutes les richesses; celle qui suppose mais aussi qui produit toutes les autres. Vous aspirez à la civilisation; mais il n'est point de civilisation sans travail, et le travail n'a pas pour objet la félicité d'un seul, mais la félicité générale; hors de là, point de civilisation. Je puis me tromper sur l'efficacité des moyens que je propose, et le problème à résoudre en demanderait sans doute beaucoup d'autres : toutefois, j'ose penser que le plus

noble soin qui puisse occuper les puissances de l'Europe serait de s'unir pour en provoquer la solution, et pour y contribuer, soit par des conseils, soit même par des secours effectifs; car enfin, une telle entreprise intéresserait tous les peuples. La religion, la philosophie, l'intérêt même, ont appris à tous les peuples qu'ils sont frères, et que le meilleur emploi qu'ils puissent faire de leurs forces serait de les tourner, non à leur ruine par la guerre, mais à leur conservation réciproque par le travail et les arts de la paix. Si jamais un projet de cette nature s'exécute, que de bénédictions pour les auteurs d'un si grand bienfait! et pour l'Europe, et pour l'Égypte, et pour le monde, quelle ère d'opulence et de sécurité! L'Égypte serait encore la contrée la plus délicieuse de la terre, comme le pensait Louis Franck; elle reprendrait cette antique splendeur que Bossuet a célébrée. Et quel heureux séjour pour les sciences! Jamais service plus signalé n'aurait été rendu au genre humain. Je le déclare avec la conviction la plus profonde: pour trancher sans retour la question des quarantaines, pour en affranchir à jamais l'Orient et l'Occident, il n'est que ce moyen; et peut-être ne serait-il pas indigne de l'Académie d'appeler sur ce point toute la sollicitude du gouvernement. Vaincre la peste serait la plus grande et la plus pure de toutes les gloires. Je passe maintenant à la question de la contagion.

(La fin au numéro prochain.)

PARISET.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Kyste pileux du cul-de-sac ombilical.

Eugène Constant, âgé de vingt-cinq ans, grand, brun, d'une bonne constitution, ayant joui jusqu'ici d'une excellente santé, est pris tout-à-coup, vers la fin du mois de juin dernier, de douleurs abdominales très vives qui l'obligent de s'aliter; il y avait peu ou point de fièvre; point de chaleur anormale à la peau; les intestins fonctionnaient comme à l'ordinaire; aucun symptôme enfin bien marqué de réaction constitutionnelle. Le malade, valet de chambre, se trouvait en ce moment à la campagne de ses maîtres, et le médecin de ces derniers, qui par hasard s'y trouvait aussi, quoique habitant Paris, donna les premiers soins. Son diagnostic fut une « inflammation abdominale » qu'il localisa dans les intestins. 25 sangsues furent appliquées dans l'hypochondre droit; on y ajouta des cataplasmes et des boissons acidules. Ces moyens calmèrent les douleurs sans les faire cesser complètement, et Constant se trouva forcé, pour des motifs qui me sont inconnus, de revenir à Paris. C'est alors qu'il réclama mes soins.

Je trouvai le malade couché sur le dos, la figure calme, respirant la quiétude la plus parfaite; point de fièvre; peau d'une chaleur et d'une humidité normales; la langue n'offre vers sa partie antérieure qu'un léger tapis jaunâtre et friable; constipation depuis quarante-huit heures; le *ventre*, examiné avec soin, offre une douleur vive à la pression, mais à la pression seulement; elle siége autour de l'ombilic, et autour de cette ouverture, dans l'étendue de 4 centimètres environ dans tous les sens, la main exploratrice parcourt une tuméfaction anormale, une espèce d'empâtement; l'on dirait qu'en cet endroit les parois abdominales ont acquis une épaisseur insolite qui ne règne dans aucune autre partie du ventre; la peau n'est nullement injectée; l'on n'y perçoit aucune pulsation. — Prescription : cataplasmes émollients; 45 grammes d'huile de ricin; tisane rafraîchissante; diète.

5 juillet. Le purgatif a donné issue à des garde-robes nombreuses et semi-liquides; la tuméfaction abdominale et circonscrite est toujours la même; mais l'ombilic a subi des modifications très singulières; son ouverture est occupée par une petite tumeur exactement semblable, tant sous le rapport du volume que sous celui de la couleur, à une grosse cerise; cette tumeur, qui laisse entre elle et les parois de l'ombilic un petit espace circulaire, libre de toutes parts, s'est déchirée vers un de ses côtés, précisément quelques secondes avant ma visite ordinaire, et a laissé échapper par cette ouverture deux corps particuliers qui constituent toute l'originalité de cette observation et qui méritent d'être décrits avec soin.

Ces deux corps rappellent par leur forme et leur couleur deux haricots blancs, et cela si exactement, qu'il faut une attention de quelques minutes pour ne point tomber dans une erreur grossière : forme oblongue, un bord arrondi, l'autre déprimé; vers le milieu de ce dernier un *hile* bien marqué; faces bombées, couleur blanc mat, rien n'y manque. Ces deux corps, qui pèsent chacun 2 grammes, étaient accolés l'un sur l'autre, et pour cela une de leurs faces s'était aplatie, afin que l'adaptation se fît plus exactement. Leur tissu, si on peut appeler ainsi une matière qui ne paraît pas organisée, est gras, doux au toucher et composé de lamelles très fines qui se déchirent avec la plus grande facilité. (J'ai prié mon bon et savant confrère M. le docteur Homolle d'en faire l'analyse (1).) Mais

---

(1) *Analyse faite par M. Homolle.* « Ces matières ont présenté les particularités suivantes : l'alcool hydraté en dissout une substance jaunâtre extractiforme d'odeur animalisée et de saveur fortement salée, en faible proportion. L'alcool rectifié en a séparé des parcelles d'une substance grasse cristalline facilement fusible. Enfin l'éther en dissout à froid une assez forte proportion d'une substance blanche, nacrée, cristalline, que l'on a pu saponifier par la potasse caustique. Le résidu, examiné à un grossissement de 80, présente des écailles et des débris épidermoïdes; il contient de plus des poils courts et bruns. Je crois pouvoir en conclure que cette matière est composée de stéarine et de margarine, plus quelques sels, et des débris d'épiderme,

ce qu'il y a de plus curieux, c'est que cette matière était mêlée à une infinité de petits poils dont les plus longs mesuraient un centimètre et demi, fins, soyeux, entremêlés, tordus sur eux-mêmes, ici isolés, là réunis en petites touffes dont l'extrémité s'échappait par l'un des côtés de la masse (ce qui constituait ce hile dont j'ai parlé). Examinés au microscope, ces poils n'ont offert aucune extrémité bulbeuse; l'on eût dit, par leur transparence, par leur couleur argentine, qu'ils étaient morts et n'étaient plus pénétrés d'aucun fluide.

Après l'élimination de ces deux corps, le malade marcha rapidement vers la guérison; le lendemain, le petit kyste laissa exhaler une suppuration peu abondante, bien franche et avec l'odeur qui lui est propre. Un stylet boutonné introduit dans l'ombilic, par l'ouverture même du kyste, pénétra jusqu'à 4 centimètres. Peu à peu le kyste s'affaissa sur lui-même, rentra dans l'hiatus ombilical, la suppuration s'arrêta, les douleurs cessèrent complètement, et au bout de cinq ou six jours le patient put rentrer en maison.

—Ce cas, assurément, est bien singulier et ne manque pas d'intérêt; il rentre dans la classe de tous ces faits de kystes pileux que la science possède maintenant en grand nombre, et qui ne se trouvent nulle part aussi fréquemment que dans les ovaires. Je ne vois pas que l'on puisse séparer complètement notre fait des tumeurs pileuses de ces derniers organes. Après bien des hypothèses, après bien des opinions émises sur l'origine des kystes pileux des ovaires, l'on est arrivé à cette conclusion, que l'admission d'une grossesse extra-utérine ne pouvait en aucune manière expliquer ces faits, très nombreux aujourd'hui : n'a-t-on pas trouvé l'altération chez une enfant de douze à treize ans, dont l'hymen était intact (Baillie); chez une autre petite fille de neuf ans (Phillips); chez des femmes vierges (Young)? Ruysch n'a-t-il pas trouvé une tumeur composée de poils dans l'estomac d'un homme? Baillie au-dessous du rein droit d'un cheval hongre? Hygmore a publié le cas d'un fœtus trouvé dans le ventre d'un jeune homme; Dupuytren fait mention d'un cas semblable; Duverney a vu extirper du scrotum une tumeur qui contenait une matière charnue et des os. M. Velpeau a eu l'occasion, il n'y a pas bien longtemps, d'observer un fait analogue.

Faut-il donc, avec Tumiati, penser que ces kystes pileux, dans quelque région du reste qu'on les observe, sont formés par le même acte fécondateur qui a donné la vie aux corps qui les renferment? Mais cette manière de voir rentre dans la fameuse question de l'*emboîtement des germes*, et ne peut expliquer tous ces faits. Faut-il, au contraire, en désespoir de cause, avoir recours au *nisus formativus* de Blumenbach? Avouons-le franchement : l'origine de toutes ces productions singulières nous est inconnue. Il n'y a qu'une opinion qui me sourit assez et qui est surtout applicable au cas particulier dont il s'agit ici : c'est celle de Hunter. Cet illustre médecin pense que les tissus plus ou moins rapprochés de la peau peuvent, sous une influence que l'on ne peut pénétrer, acquérir plusieurs des facultés du tégument externe; que ces tissus peuvent sécréter alors des poils, des matières cornées, lesquels, gênés dans leur développement, s'atrophient dans l'état de racornissement et de développement incomplet dans lequel on les trouve.

Achille CHEREAU, D. M. P.

---

ce qui la rapproche, pour la composition, de la matière contenue dans les follicules sébacés. »

Signé : HOMOLLE.

VI. Des injections iodées.

Monsieur le rédacteur,

Quand le docteur Coindet préconisa l'iode, il rendit un immense service à l'humanité.

État de la science. — Une question grave s'agite en ce moment au sein du monde médical. Les uns trouvent dans les injections iodées un excellent moyen de guérison, préférable aux injections vineuses; d'autres les rejettent à l'avantage de ces dernières; quelques-uns ne voient en elles qu'un seul agent curatif, l'alcool; enfin, il en est qui les considèrent comme une *superfétation scientifique.*

Telle est la controverse exacte qui règne actuellement parmi les gens de l'art.

OBS. — Le sieur X., de Bergerac, touchant à sa cinquantième année, batelier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, *quoique un peu grasse*, était porteur, depuis une époque assez reculée, d'une hydrocèle par épanchement du côté gauche, qu'il attribuait à une chute sur la région périnéale.

Le 22 avril 1844, il se soumit à l'opération.

Ayant suffisamment évacué la sérosité contenue dans la tunique vaginale (il y en avait environ 180 grammes), je pratiquai à froid une seule injection composée de deux tiers d'eau et d'un tiers de teinture d'iode. La moitié du liquide (90 grammes à peu près) fut laissée dans la tumeur.

Pendant l'opération, le malade éprouva *très peu de douleur;* immédiatement après, *il aurait marché.*

Le lendemain, 23, le scrotum avait repris son premier volume. L'inflammation était modérée, bien qu'il y eût un léger mouvement fébrile. La diète, le repos, les boissons émollientes et les cataplasmes de farine de lin eurent facilement raison de cet état.

Après ces premiers phénomènes d'irritation, la tumeur commença à diminuer; sa résolution s'o-

péra lentement ; elle ne fut complète que six ou sept semaines après l'opération.

Depuis lors, le sieur X., que j'ai vu il n'y a pas encore huit jours, n'a plus que le souvenir de sa maladie.

Réflexions. — Une seule observation en médecine étant *en général* peu de chose par elle-même, j'eusse encore longtemps sans doute laissé celle-ci (la seule *dans ce genre* que j'aie eu l'occasion de recueillir) reposer au fond de mes cartons, si, dans les circonstances actuelles, elle n'acquérait une importance toute spéciale.

DE LARUE, D. M. P.

Bergerac, le 6 juin 1846.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire ; par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc, etc. 2e édition, 1846 (1).

Il y a quelques années à peine, la chirurgie n'avait en France qu'un seul livre classique. Le traité de Boyer était dans toutes les mains. Il devait à une distribution méthodique du sujet, à une admirable lucidité dans l'exposition des faits, à une grande sagacité dans leur appréciation, la faveur générale qui l'accueillit dès le premier jour de son apparition. D'aussi éminentes qualités ne suffisaient cependant pas à masquer certains défauts que présentait l'ouvrage de Boyer. La doctrine chirurgicale des deux derniers siècles s'y trouvait bien reproduite et discutée avec une incontestable supériorité. Tout ce qui venait de l'ancienne Académie de chirurgie, tout ce qui se rattachait aux recherches de J.-L. Petit et de Desault, y était exposé et jugé avec un grand talent. Mais les travaux des contemporains, les doctrines de l'époque actuelle, occupaient dans le livre de Boyer une place qui les faisait passer inaperçus.

Cette omission s'explique d'ailleurs aisément et se justifie peut-être. A l'époque où le chirurgien de la Charité résumait dans son immortel ouvrage quarante années de laborieuses études, il était difficile d'exiger qu'il soumît à sa propre expérience les faits nouveaux qui surgissaient autour de lui. Un semblable travail ne pouvait être accompli que par un jeune chirurgien. Boyer avait assez fait pour la science en exposant les travaux de ses prédécesseurs, en publiant les résultats de sa longue et sage expérience. Il avait le droit de se reposer après avoir élevé un pareil monument.

Il importait cependant qu'un livre nouveau parût, qui prît de Boyer ses saines appréciations des travaux antérieurs, qui y ajoutât tout ce que la science moderne avait acquis. Les recherches de Bichat avaient ouvert une voie toute nouvelle. La chirurgie des tissus devait suivre leur anatomie. A côté d'elle devait arriver la chirurgie des régions dont l'étude plus récente a été poussée à un degré de perfection qui ne le cède en rien aux travaux les plus anciens. La lacune à combler était donc immense, et, bien qu'on sentît généralement l'utilité d'un nouveau traité de chirurgie, ce fut une tentative hardie de la part de M. Vidal que d'oser l'entreprendre. L'essai fut pourtant heureux. La faveur qui accueillit le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* montre qu'il répondait à un besoin généralement senti.

Aujourd'hui le livre est arrivé à sa seconde édition, ou peut-être est-il plus vrai de dire qu'un nouveau Traité a été composé. Ce qui manquait au premier pour qu'il satisfît également et d'une manière complète à la science et aux besoins de la pratique, M. Vidal l'a introduit dans le second. Les critiques qui ont jugé la première édition n'ont signalé aucune modification utile, aucune addition indispensable qui n'ait trouvé place dans la seconde. Avec un homme essentiellement laborieux et intelligent, il n'en pouvait être autrement.

Une analyse complète des cinq volumes qui composent le *Traité de pathologie* de M. Vidal dépasserait les bornes dans lesquelles nous devons nous renfermer. Nous essaierons seulement de donner une idée générale du plan de l'ouvrage, de sa méthode, de sa distribution, sans aborder l'examen ni la discussion des questions spéciales qui y sont traitées. Une critique par livres, par chapitres, par pages, ne serait rien autre chose qu'un commentaire.

La classification des maladies est la première chose à établir dans un traité dogmatique qui doit les embrasser toutes. C'est là le fondement de l'ouvrage, c'en est la partie la plus essentielle, et il est également impossible d'en méconnaître et la nécessité et la difficulté. C'est par elle que les analogies et les différences deviennent sensibles, que les espèces se constituent, que les groupes généraux se forment, qu'un ensemble de connaissances prend un caractère scientifique. Il importait donc que M. Vidal dirigeât spécialement son attention sur ce point. La classification qu'il a suivie diffère complètement de celles que jusqu'à lui on avait adoptées dans les traités classiques.

Étudiant les maladies à la fois et dans leur siége et dans leur nature, M. Vidal les partage d'abord en trois grandes catégories.

La première, sous le nom de *chirurgie générale*, embrasse les maladies qui peuvent affecter tous les tissus, tous les organes.

(1) A Paris, chez J.-B. Baillière.

La seconde, *chirurgie des tissus*, comprend les maladies des divers tissus organiques.

Dans la troisième enfin, *chirurgie des régions*, se rangent les affections des diverses régions.

Cette classification appartient en propre à M. Vidal. Qu'elle fût en germe dans l'anatomie générale de Bichat et de Béclard, dans l'anatomie des régions de MM. Velpeau et Blandin, nous ne voulons pas le nier : mais à M. Vidal doit être rapporté le mérite d'en avoir le premier conçu et réalisé l'application, d'avoir mis à exécution un plan dont les auteurs précédents n'avaient fait qu'entrevoir peut-être la possibilité.

Ces trois grandes divisions embrassent nécessairement toutes les maladies chirurgicales ; mais elles rapprocheraient l'une de l'autre des affections de nature bien distincte si l'on n'établissait des sous-divisions. La même région peut devenir en effet le siége de lésions essentiellement différentes et par leur nature et par leur expression symptomatique. Les altérations les plus diverses surviennent dans le même organe. Le même tissu s'enflamme, subit des dégénérescences variées, devient en un mot le siége d'affections les plus distinctes. Il importe donc qu'après avoir classé les maladies suivant leur siége anatomique, on pousse plus loin la division, qu'on se préoccupe de leur nature. C'est ce que M. Vidal a fait en établissant dans chacune des trois grandes catégories que nous avons indiquées trois sous-divisions générales : lésions physiques, lésions vitales, lésions organiques; en sorte qu'ici la classification n'est pas basée seulement sur tel ou tel caractère en particulier, mais bien sur l'ensemble des caractères généraux de chaque maladie.

Les lésions physiques comprennent, ainsi que leur nom l'indique, toutes celles qui, nées sous l'influence d'agents physiques ou agissant physiquement, constituent des modifications dans la forme, l'étendue, la situation, dans l'anatomie en un mot des parties atteintes.

Les secondes embrassent toutes celles dans lesquelles les propriétés vitales subissent quelque altération, la lésion portant alors sur les représentants les plus directs de la vitalité, le sang et les nerfs.

Enfin, sous le nom de lésions organiques, sont décrites toutes celles dans lesquelles la partie malade est modifiée au point de s'annuler et d'être remplacée par un produit nouveau, morbide, accidentel, avec ou sans analogue dans l'économie.

En coordonnant ainsi l'étude des maladies, on la simplifie singulièrement ; c'est la méthode botanique appliquée aux faits pathologiques, peut-être avec quelques dangers pour l'art, mais avec tous ses avantages pour la science. Chaque groupe de maladies se trouve ainsi classé dans une catégorie plus générale, et en même temps chaque maladie à son tour dans un groupe particulier. A une distribution arbitraire des faits se trouve substituée une classification philosophique. Entre ces deux modes d'exposition il y a toute la distance qui sépare les systèmes artificiels de la méthode naturelle.

Il résulte de la disposition que nous indiquons un double avantage et pour l'auteur et pour le lecteur : d'une part, la certitude de n'avoir rien omis, puisqu'on peut tout classer ; d'autre part, chaque maladie se trouve occuper sa véritable place. Elle a avec celle qui précède, avec celle qui suit, une sorte de parenté, en raison, soit de son siége, soit de sa nature.

Cet ordre méthodique se retrouve à chaque pas dans l'ouvrage de M. Vidal. On peut dire que le chapitre, que la page même qui précède amène celle qui suit. C'est après avoir étudié dans ce qu'elles ont de général les altérations dont tous les tissus sont susceptibles, que nous sommes conduits à voir les modifications qu'imprime à leur manière d'être chaque tissu en particulier, chaque région spéciale. En passant ainsi d'un volume, d'un chapitre à l'autre, les connaissances générales se spécialisent, sans effort pour le lecteur et par une transition toute naturelle. L'étude préalable des faits généraux éclaire celle des faits particuliers, mais c'est par elle qu'elle est complétée. C'est la méthode synthétique appliquée avec tous ses avantages.

Nous insistons fortement sur ce point parce qu'il nous semble que la valeur d'un traité qui embrasse toutes les affections chirurgicales doit se juger surtout à sa classification, à sa méthode. Jamais un semblable ouvrage ne peut prétendre à vider complètement à fond toutes les questions. Les monographies sont l'unique forme qui permette d'exposer dans tous leurs détails et sans aucune omission les maladies chirurgicales, même du moins important de nos organes, du plus simple de nos tissus. Lorsqu'on veut donner un résumé substantiel de la science tout entière, il nous semble qu'on a rempli la plus grande et la plus difficile partie de sa tâche si l'on parvient à coordonner méthodiquement les éléments si nombreux dont elle se compose.

Il y a pourtant dans le traité de M. Vidal certaines questions que l'auteur a véritablement épuisées, ainsi qu'il l'eût fait dans une monographie. Il y a tel article, tel chapitre, auquel il serait impossible de rien ajouter. Certaines maladies avaient été traitées un peu rapidement peut-être dans la première édition : elles sont dans la seconde étudiées d'une manière complète. Telles sont les fractures et les luxations. Exposées d'abord d'une manière générale, puis à propos de chaque os, de chaque articulation en particulier, elles forment un ensemble dans lequel les théories les plus modernes se trouvent discutées et réduites à leur véritable valeur. Telles sont encore les affections si intéressantes de la vessie et de la prostate ; elles sont présentées avec un soin tout particulier. M. Vidal a eu d'ailleurs l'heureuse idée de faire rentrer dans un traité de pathologie certaines questions qui jusqu'alors en avaient été éloignées, les difformités par exemple, soit en général, soit spéciales à chaque région, et en outre ces études pratiques et élémentaires qui, sous le nom de pe-

tite chirurgie, étaient toujours exclues des grands traités de pathologie.

Ce n'est pas seulement une description des maladies que M. Vidal a pour but de faire dans son ouvrage, c'est aussi l'histoire des moyens qui nous permettent d'en triompher. La thérapeutique chirurgicale n'est point aussi simple qu'on la présente généralement dans les traités de chirurgie. C'est un fait vraiment étrange que jusqu'à présent les pathologistes aient cru devoir isoler la pathologie proprement dite et la médecine opératoire, qu'ils n'aient pas vu que ces deux parties sont de toute nécessité inséparables. Les opérations chirurgicales ne sont qu'une des formes de la thérapeutique au même titre que dans la pathologie interne les préparations pharmaceutiques. Elles ne peuvent être distraites ni l'une ni l'autre des maladies qui réclament leur emploi.

C'est à M. Vidal qu'il appartient d'avoir réuni systématiquement, en vertu de l'idée que nous indiquons, la pathologie et la médecine opératoire, d'avoir montré que la dernière, étant complètement subordonnée à la première, non-seulement dans ses généralités, mais aussi jusque dans ses détails, n'en pouvait jamais être séparée. Voilà pourquoi nous voyons qu'à chacune des grandes catégories, à chacune des sous-divisions, à chacun des chapitres établis par M. Vidal, correspond naturellement une distribution analogue des diverses parties de la médecine opératoire. C'est à propos des lésions organiques en général que sont décrites les opérations qu'elles peuvent toutes nécessiter. C'est à l'occasion de telle ou telle altération en particulier, ainsi d'un anévrysme de telle ou telle artère, qu'arrive l'histoire des moyens propres à le combattre, de sa ligature par exemple. On trouve donc réunies et se correspondant toujours dans leurs divisions deux branches d'étude qui naguère étaient séparées : Boyer se complète par Sabatier. Là où la mémoire seule agissait, l'intelligence intervient.

Le livre de M. Vidal n'est donc pas seulement un traité de pathologie externe, c'est aussi un traité de médecine opératoire qui embrasse et les grandes opérations et celles qui, plus élémentaires, constituent la petite chirurgie. Mais ce qu'on doit louer surtout dans cette disposition, c'est qu'elle ait été faite systématiquement, d'une manière intelligente, scientifique; c'est que la médecine opératoire et la pathologie n'aient pas été réunies seulement en vue de concentrer dans le même livre le plus grand nombre de connaissances possible, mais bien parce qu'elles se tiennent l'une l'autre, qu'elles sont inséparables, qu'on ne peut modifier l'ordre de l'une sans changer aussitôt celui de l'autre.

Il est une amélioration notable que M. Vidal a introduite dans cette nouvelle édition et dont nous ne saurions trop le louer : nous voulons parler de l'intercalation dans le texte d'un assez grand nombre de gravures. Il n'est personne qui ne sache les difficultés qu'on éprouve quelquefois à comprendre certaines descriptions, à saisir certains rapports anatomiques qu'on n'a pas présents sous les yeux. L'image qu'on s'en forme dans l'esprit passe trop rapidement, est trop mobile pour que l'attention soit suffisamment fixée. Dans les sciences physiques et naturelles, la nécessité des représentations figurées est tellement sentie qu'on les retrouve jusque dans les plus petits traités. Il en est de même dans l'anatomie, où elles accompagnent à chaque page les descriptions. C'est une heureuse idée qu'a eue M. Vidal d'introduire dans un traité de chirurgie une addition dont l'utilité est aussi incontestable. La gravure permet d'abord de rappeler en quelques lignes certaines dispositions anatomiques dont la connaissance est plus immédiatement indispensable à l'intelligence de tel ou tel point de pathologie. Les altérations dans la forme, dans la direction, l'étendue, et même dans la texture des parties, les déplacements, les changements de rapports anatomiques deviennent aussi plus faciles à saisir lorsqu'on les met en relief sous vos yeux. En figurant toutes les opérations, on en comprend mieux les détails, quelquefois si difficiles; on suit le couteau dans l'amputation, le bistouri dans la ligature; on voit les parties qu'il convient de ménager, celles au contrair que l'instrument peut impunément trancher. On assiste, pour ainsi dire, à une opération réelle; et c'est ainsi que la gravure supplée quelquefois le texte, qu'elle le complète toujours.

Le livre de M. Vidal nous semble donc appelé à un succès durable parce qu'il est légitime : il le devra à des qualités aussi solides que brillantes. Dirons-nous maintenant qu'il est écrit avec cette forme originale et empreint de cet esprit que personne ne songe à refuser à l'auteur? Ce sont d'heureux accessoires qui donnent à la lecture de l'ouvrage un charme de plus. M. Vidal a-t-il résolu complètement toutes les difficultés? Nous n'oserions l'affirmer; mais il a vraiment tourné celles qui ne pouvaient être franchies. Aussi le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* restera-t-il un ouvrage véritablement classique, et parce qu'il est complet, et parce que la méthode qui y est suivie le maintiendra toujours au niveau de la science. C'est un travail à lire et à consulter avec fruit. L'élève y trouvera un résumé clair et précis où les faits sont exposés avec simplicité, classés avec méthode; le chirurgien y puisera en même temps et des connaissances théoriques qui se perdent si facilement, et de sages conseils qui le guideront dans sa pratique.

DUCLOS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Examen complet des doctrines médicales qui ont dominé jusqu'ici l'étude des maladies de la peau*, suivi de l'exposé des opinions de

l'auteur sur la classification et le traitement de ces affections; par L.-V. DUCHESNE DUPARC, ancien interne d'Alibert. Brochure de 128 pages in-8°, avec un tableau synoptique; à Paris, chez Victor Masson, 1846. — L'auteur dit avec raison qu'il est peut-être moins long et moins difficile d'acquérir sur chacune des nombreuses affections qui se rattachent à la pathologie cutanée des notions positives et pratiques, que de se familiariser avec les divers systèmes ou méthodes destinés à leur interprétation. Il y a une dizaine d'années, Alibert et Willan, ce dernier représenté par Biett, étaient encore seuls en présence. Alibert depuis sa mort a été mis de côté, et son rival plus heureux fait seul autorité, mais non sans subir de temps à autre de la part de ses nombreux adhérents quelques-unes de ces modifications imperceptibles en détail et qui cependant peuvent à la longue en modifier très sensiblement la méthode. Telle est du moins l'opinion de M. Duchesne-Duparc. Nous croyons qu'à l'hôpital Saint-Louis, le système de Willan n'a pas encore subi d'altération notable. Il n'y a guère, en France, que M. Baumès qui, dans un ouvrage volumineux dont nous avons rendu compte en son temps (1), ait cherché à donner de la vie à ce système purement anatomique. Mais ce médecin distingué, dont la pratique ne le cède probablement pas pour l'étendue à celles des dermatologistes de Paris, ce médecin, disons-nous, est trop éloigné de l'hôpital Saint-Louis pour y faire encore de longtemps autorité, quoique nous ne doutions pas qu'il n'exerce une influence considérable sur les praticiens du midi de la France. M. Duchesne-Duparc est resté fidèle aux principes de Lorry et d'Alibert, parce qu'il les trouve, dit-il, proclamés par les plus illustres médecins de l'antiquité. Il faut convenir cependant que le système de ce dernier avait bien aussi un peu le défaut, tant reproché à celui de Willan, de ne guère sortir de l'élément anatomique, de n'être comme lui aussi qu'une méthode de diagnostic local, méthode d'ailleurs si imparfaite qu'Alibert la travaillait lui-même continuellement, suivant plutôt les inspirations de son génie poétique que celles de l'observation approfondie de la nature. Elle était même si peu supérieure à celle de son rival sous le point de vue des notions thérapeutiques qui en découlaient, qu'Alibert, on le sait, en était arrivé à la fin de sa vie à traiter en masse la plupart des dermatoses par le crayon de nitrate d'argent. On ne peut nier toutefois les services rendus par ce médecin à la pathologie dermatologique. Il en a tracé d'admirables tableaux de détail; il peut être considéré comme le restaurateur de l'étude des maladies de la peau. — Comme l'indique le titre de l'ouvrage de M. Duchesne-Duparc, il s'agit dans son livre d'un examen critique des doctrines dermatologiques. Après l'exposé chronologique des divers systèmes qui se sont succédé les uns aux autres, l'auteur étudie les classifications modernes qu'il classe ainsi : 1° celles fondées sur les seuls principes de l'école anglaise (Bateman, Biett, Gibert, Cazenave et Schedel); 2° celles fondées en partie seulement sur les principes de Willan (Rayer, Baumès, Struve, Wilson); 3° classifications originales ou reconnaissant pour bases des principes étrangers aux écoles de Willan et d'Alibert (J. Franck, Plumbe, Cazenave, Devergie). C'est parmi ces dernières que M. Duchesne-Duparc range la sienne propre dont nous avons déjà eu l'occasion de parler.

(1) Nouvelle dermatologie, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale, etc.; par P. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — Voy. notre numéro de mai 1843.

II. *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, contenant les soins à donner aux nouveau-nés*; par M. J. JACQUEMIER, docteur en médecine, ancien interne de la Maternité. 2 vol. grand in-18 avec 63 figures intercalées dans le texte; chez Germer-Baillière, 1846. — L'ouvrage de M. Jacquemier, trop modestement décoré du nom de Manuel, est certainement un des plus volumineux et des plus complets que nous connaissions; car il se compose de 2 volumes de 800 pages environ chacun, et le texte est en caractères très fins. Nous nous sommes assuré que rien n'y manque de ce qui a été écrit ou fait sur les nombreuses matières qui composent la science des accouchements, soit sous le point de vue des théories, soit sous le rapport pratique. L'auteur s'est surtout attaché à combler ce qu'il considérait comme des lacunes dans les ouvrages qui ont précédé le sien; telles sont les maladies des femmes grosses, celles de l'œuf, du fœtus, les affections puerpérales, les maladies du nouveau-né. Tout ce qui a trait aux présentations, aux positions et à l'accouchement proprement dit y est traité avec un luxe immense de détails, mais qui nous a paru quelquefois nuire à la méthode et à la clarté, de sorte que si ces conditions d'exposition de la théorie et de la pratique de l'accouchement ont leurs avantages pour l'homme déjà versé dans cette partie de l'art, elles ont leurs inconvénients pour le commençant, qui a besoin avant tout qu'on ne lui en montre pas trop à la fois. C'est là, du reste, le seul reproche que nous ayons à faire à un ouvrage qui a dû coûter à son auteur tant de recherches et de travaux, et peut-être d'autres lui en feront-ils un mérite. Les 63 planches intercalées dans le texte ont été presque toutes empruntées à l'atlas de M. le professeur Moreau. Nous croyons savoir, d'ailleurs, que les planches de ce dernier atlas avaient été exécutées sur les préparations anatomiques de M. le docteur Jacquemier lui-même.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes; par F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — Disséquant, il y a quinze ans, dans l'amphithéâtre d'anatomie de Montpellier, le cadavre d'un individu qui portait des traces évidentes de syphilis, l'auteur fut frappé de voir dans l'épaisseur de quelques muscles, notamment du grand fessier et du trapèze, des tumeurs circonscrites et fortement adhérentes aux faisceaux charnus. Celle du grand fessier avait la forme et le volume d'une noix; sa densité était médiocre, et elle était constituée par une matière grisâtre, d'apparence fibrineuse, dans le sein de laquelle on trouvait encore des vestiges d'organisation musculaire. Il n'y avait point de pus dans le tissu cellulaire ambiant, ni de traces appréciables d'inflammation aiguë. M. Bouisson a eu depuis d'autres occasions d'observer, soit sur des cadavres, soit dans les musées d'anatomie pathologique, des tumeurs de même nature ayant subi diverses transformations. Les cas nouveaux, observés avec plus d'attention, lui ont fait conclure que l'action de la syphilis confirmée sur l'organisme peut se traduire par des lésions des muscles et des tendons constituant des tumeurs particulières susceptibles d'être guéries par un traitement antivénérien.

M. Bouisson cite d'abord deux cas qui ne laissent aucun doute sur la réalité de cette affection.

Le premier, intitulé *Tumeurs syphilitiques des muscles sterno-mastoïdiens*, est relatif à un homme de 55 ans qui avait éprouvé tous les symptômes possibles de la syphilis constitutionnelle, tels que blennorrhagie, épididymite, chancres, syphilides, douleurs ostéocopes, ulcérations du palais et du larynx allant jusqu'à produire une phthisie laryngée, accidents divers dont plusieurs furent longtemps traités par l'auteur de ce mémoire. Quelques mois après la suspension de ces symptômes, le malade s'aperçut du développement d'une tumeur sur la partie antérieure du cou, en même temps que les douleurs se réveillaient dans les os des membres. Le malade ne commença à s'occuper de la tumeur du cou que lorsqu'il sentit sa respiration en être gênée.

Lorsque M. Bouisson vit la tumeur, elle était du volume d'une orange, sa partie la plus volumineuse correspondant à la poignée du sternum, un peu bilobée, chaque lobe s'étendant à l'extrémité inférieure de chacun des deux muscles sternoïdiens. L'extrémité supérieure des deux lobes se prolongeait tant à droite qu'à gauche dans la direction du muscle sterno-mastoïdien à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume des deux côtés. Cette tumeur était d'une dureté remarquable; aucun battement ne s'y faisait sentir, et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérence ni coloration anormale. Outre la gêne dans les mouvements du cou et dans la respiration, la tumeur causait une douleur sourde et contusive comme celle que la syphilis détermine dans la périostose, s'exaspérant dans la nuit et par les temps humides.

M. Bouisson prescrivit des frictions avec 4 grammes de pommade d'hydriodate de potasse et 50 centigr. d'iodure de potassium à prendre dans 120 grammes d'infusion de saponaire. Le malade prit en même temps du sirop de salsepareille.

Au bout de huit jours, il y avait déjà un commencement de résolution. L'iodure fut porté à 75 centigr. Au vingtième jour la tumeur avait diminué de moitié, et à la fin du mois sa portion sternale avait complètement disparu. Les muscles sterno-mastoïdiens avaient repris leur volume primitif; mais leur tiers inférieur était resté tellement dur qu'on eût dit qu'un noyau osseux occupait leur centre. M. Bouisson crut devoir continuer encore l'usage de l'iodure de potassium pendant un mois, et jusqu'à présent il ne s'est manifesté aucun signe de récidive.

Le malade qui fait le sujet de la seconde observation portait une tumeur du muscle vaste externe du côté gauche. Les antécédents du malade et la tuméfaction du condyle externe du fémur ne laissaient aucun doute sur la nature syphilitique de cette tumeur. Elle disparut complètement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium *intùs et extrà*, de douches hydro-sulfureuses et de la tisane de salsepareille.

Après avoir rapporté ces deux cas, M. Bouisson étudie l'action de la syphilis sur le système musculaire. Dépouillant les observations d'Astruc et de Petit-Radel, celles plus récentes de MM. Lagneau, Ph. Boyer et Ricord, il arrive à conclure que l'influence de la syphilis sur le système musculaire s'exprime de trois manières principales: — 1° *Par la douleur*. C'est l'effet le plus commun, surtout lorsque le malade a été exposé au froid et à l'humidité; mais cette cause adjuvante n'est pas nécessaire. Ce symptôme a été décrit sous le nom de rhumatisme syphilitique. Il a son siége dans le trajet des muscles, des tendons, des aponévroses d'insertion ou d'enveloppe. Les douleurs musculaires syphilitiques ont de l'analogie avec les douleurs ostéocopes, sauf qu'elles sont moins profondes et qu'elles sont réveillées par les actions musculaires. — 2° *Par la contracture des muscles*. Selon MM. Ph. Boyer et Ricord, ce serait aux membres supérieurs, et spécialement aux muscles fléchisseurs de l'avant-bras, que la contracture vénérienne se manifesterait de préférence. Mais tous les muscles peuvent y participer. M. Bouisson a vu un strabisme chez une femme atteinte d'ailleurs d'autres symptômes syphilitiques. Un traitement spécifique fit disparaître les uns et les autres. M. Bouisson pense

que c'est aux sphincters qu'est le lieu d'élection de ce genre de phénomènes morbides. — 3° *Par des tumeurs développées dans le système musculaire et ses dépendances.* Cette affection est celle qui fait l'objet spécial du mémoire de M. Bouisson. Comme ce mémoire est long, comme l'auteur va désormais envisager la question sous le point de vue didactique, nous préférons ajourner au prochain n° le compte-rendu de la suite de son travail que d'en donner ici une analyse sèche et tronquée. (*N°s du 11 et du 18 juillet* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Mémoire sur l'emploi du calomel à doses fractionnées; par M. DUCLOS.— Deux procédés différents se présentent pour amener une absorption du mercure tellement rapide qu'on puisse compter sur son action altérante dans les cas où celle-ci paraît indiquée, comme dans les péritonites : ou bien on introduit le mercure par la voie endermique, ou bien on donne à l'intérieur une dose considérable de calomel. Malheureusement ces deux modes d'administration du mercure n'ont que des résultats fort incertains. Le premier ne produit, dans certains cas, aucun effet; dans d'autres il donne lieu à des accidents de la plus haute gravité. Le second peut encore être la source d'accidents formidables, moins souvent, il est vrai; mais ses effets sont encore plus incertains que ceux du premier.

Ce défaut d'action si notable, surtout dans l'administration du calomel, tient, dit l'auteur, à ce que le mercure n'est pas absorbé. On conservera donc à la médication toute sa puissance en donnant le calomel sous une forme telle qu'il soit absorbé presque en totalité, et, cette condition une fois assurée, il sera aisé de calculer d'avance l'effet altérant, de l'arrêter même dès qu'un résultat suffisant se sera produit. Or, c'est en donnant successivement, à intervalles rapprochés, des doses fractionnées très petites de calomel qu'on satisfait aux deux conditions du problème.

C'est à Robert Law, médecin de l'hospice de sir Patrick Dunn, que l'on doit l'introduction de ce mode d'emploi du médicament dans la thérapeutique. Nous avons rendu compte dans le temps (1) du mémoire qu'il publia sur ce sujet en 1838 dans le *Dublin journal of medical science.* Nous rappellerons seulement que ce médecin y établissait qu'avec 5 centigr. de calomel associés à une certaine quantité de gentiane et divisés en douze pilules, prises à une heure seulement d'intervalle l'une de l'autre, on obtenait une action générale beacoup plus certaine et tout aussi puissante que par le procédé ordinaire.

M. Trousseau a essayé de vérifier sur un grand nombre des sujets et dans les conditions les plus diverses les résultats indiqués par Law, et il a obtenu les mêmes effets que le médecin de Dublin. Ces expériences qui se rapportent à près de quarante sujets et qui ont été faites à l'hôpital Necker seront exposées dans un prochain travail de M. Duclos. (*Juillet* 1846.)

(1) Voy. Journal des connaissances médico-chirurgicales, janvier 1840 (VIIe année, 2e sem., p. 22)

—

De l'emploi de l'huile de cade et de l'huile pyrogénée de houille dans le traitement des eczémas; par M. A. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — On se rappelle une note de M. Serre, d'Alais, sur l'huile de cade, que nous avons insérée dans notre n° de juin dernier. M. Devergie, voulant répondre à l'appel que ce médecin faisait alors aux praticiens, commença tout naturellement par faire demander ladite huile à l'administration des hospices. Il lui fut répondu d'abord par M. Soubeiran, pharmacien en chef, que cette huile n'existait pas dans le commerce à Paris; que ce qui était vendu sous ce nom n'était autre chose que de l'huile de goudron. Plus tard, il est vrai, M. Soubeiran en a mis à sa disposition; mais ses premiers essais ont été faits avec de l'huile que M. Serre lui a expédiée directement.

M. Devergie crut, toutefois, devoir rechercher si ce qui était vendu pour de l'huile de cade, ou l'huile de goudron, ne pourrait pas agir de la même manière. A cet effet, comme il existe à l'hôpital Saint-Louis un vaste appareil générateur de gaz, M. Devergie fit prendre l'huile qui surnage la partie aqueuse provenant de la condensation des produits pyrogénés, et le pharmacien de son service la soumit aux lavages suivants. L'huile pyrogénée de houille a été agitée pendant cinq minutes, et à dix reprises différentes, avec quatre fois son poids d'eau distillée. Après chaque agitation et un quart d'heure de repos, la séparation a eu lieu. Après un repos de vingt-quatre heures l'huile avait moins d'odeur, moins d'âcreté, et elle avait cédé à l'eau le quart de son poids.

Il est inutile de donner le détail des expériences tentées avec les deux huiles à la fois sur les mêmes malades, sur la même surface eczémateuse. Quant aux résultats, M. Devergie les a trouvés absolument pareils, soit avec l'huile de goudron, soit avec celle de cade. Seulement les picotements sont plus intenses avec la première de ces huiles qu'avec la seconde.

L'effet le plus sensible est la suppression de la sécrétion fournie par l'eczéma, en même temps que la diminution de la rougeur, de la tension de la peau et surtout des démangeaisons. D'où M. Devergie conclut, comme M. Serre d'Alais, qu'il y aurait danger à faire ces applications sur des surfaces trop étendues à la fois; d'où aussi l'indication d'opérer une dérivation sur le canal intestinal pendant l'emploi de ces huiles.

M. Devergie pense donc que M. Serre d'Alais a rendu un véritable service en signalant les avantages de l'huile de cade. Mais, pour ne pas éprouver de désappointement, les praticiens devront se rappeler que les deux huiles en question, sans être précisément nuisibles à

la période aiguë de l'eczéma, n'ont alors qu'un effet fort peu appréciable, et qu'elles sont d'autant plus utiles qu'elles sont appliquées dans la période la plus avancée de l'eczéma, c'est-à-dire celle où la sécrétion a notablement diminué et où il se forme des squames. Ce moyen est alors, généralement, rapidement efficace; mais pas plus que d'autres il n'est constamment infaillible. (*Ibid.*)

Considérations pratiques sur un cas d'extirpation de la dernière phalange du gros orteil; par le docteur PAYAN, d'Aix.— Nous voyons avec plaisir l'accueil favorable qui a été fait à la note insérée par nous dans notre n° de novembre 1845 sur la préférence à donner en général à l'extirpation des dernières phalanges sur l'amputation, lorsque la première est possible. Cette pratique, préconisée par les professeurs Velpeau à Paris, et Bouisson à Montpellier, trouve tous les jours, dans les départements, des imitateurs qui en signalent les bons résultats. Comme nous avons déjà publié des documents et des faits suffisants sur ce point de médecine opératoire pour en faire apprécier l'importance, nous nous bornerons à dire, relativement au nouveau fait signalé par M. Payan, qu'il s'agissait d'un écrasement de la première phalange du gros orteil. Le premier médecin qui fut appelé eut la bonne idée, quoique la contusion fût extrême et que la phalange fût même dénudée en quelques points, de ne pas amputer. M. Payan fut appelé plus tard. Au bout de quinze jours il s'était formé une eschare du volume d'une amande, dont l'excision laissa voir la phalange nécrosée et tendant à se détacher. M. Payan en fit l'extraction. La guérison ne fut pas aussi rapide que s'il eût fait l'amputation; mais, outre l'absence des dangers inhérents à cette dernière, le résultat fut beaucoup plus avantageux, les parties molles ayant conservé presque la même longueur qu'auparavant et ayant acquis une dureté quasi cartilagineuse qui fournit au tendon du fléchisseur profond un point d'appui assez solide pour permettre des mouvements. (*Ibid.*)

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Observations sur les bluters ou hommes saignants; par le docteur VIELI, médecin à Coire. — Tous les praticiens savent qu'il est certains individus chez lesquels la moindre blessure est l'occasion d'une hémorrhagie qui, tôt ou tard, devient fatale. Nous en avons cité plusieurs cas dans notre collection. M. Vieli a cru pouvoir imposer à ces individus le nom de *bluters* ou hommes saignants (de *blut*, sang, en allemand), ces individus étant très communs dans le pays des Grisons où il exerce la médecine. Tenna, village élevé à 5,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, en fournit le plus grand nombre; quoique trois familles assez nombreuses aient émigré, on y compte encore vingt *bluters*. Aucune infraction notable des lois de l'hygiène n'explique cette prédisposition, qui est le triste privilége de certaines familles et semble se rencontrer de préférence chez des individus vigoureux, bien portants et d'une belle conformation.

La constitution hémorrhagique est, disons-nous, héréditaire; elle l'est chez tous, et elle offre encore cette singularité qu'elle ne l'est que par les femmes, les enfants d'un homme *bluter* ne l'étant point à moins que la mère ne le soit aussi. Les enfants d'une femme *bluter* ne le sont cependant pas nécessairement tous, puisqu'on en observe quelques-uns qui meurent dans un âge assez avancé sans avoir jamais éprouvé d'hémorrhagies. La disposition aux pertes de sang ne se déclare, chez quelques-uns, qu'à un âge assez avancé; chez d'autres on l'observe peu de temps après la naissance. On ne sait quel a été le point de départ primitif de cette étrange constitution, les familles de *bluters* étant établies dans le pays depuis un temps immémorial et paraissant avoir toujours offert la même disposition.

Les maladies auxquelles les *bluters* succombent le plus souvent sont, outre les hémorrhagies de toute espèce, l'hydropisie et la gangrène, suite de blessures. Les hémorrhagies ont lieu par les plaies et par les muqueuses diverses, depuis celle du nez jusqu'à celle des organes génitaux. Cependant on suspend assez facilement l'écoulement de sang qui résulte d'une saignée ou de ventouses. Le sang même des plaies s'arrête d'abord bien; mais la plaie se couvre d'une croûte noire; au bout de huit jours, elle se gonfle, devient tellement sensible et douloureuse que les malades en éprouvent parfois des syncopes et des convulsions; puis le sang se fait jour à l'extérieur et tous les accidents disparaissent. Ils ne tarderaient pas à se reproduire si l'on arrêtait l'hémorrhagie; les *bluters* supportent d'ailleurs impunément les hémorrhagies les plus abondantes. Le pourtour des plaies en voie de guérison offre chez ces malades les couleurs de l'arc-en-ciel.

Ces individus recouvrent leurs blessures de pommes de terres crues et râpées. Quelquefois ils se font tirer du sang sur un point éloigné du lieu de l'hémorrhagie. On dit qu'un médecin distingué de Coire arrêta une semblable hémorrhagie en débridant la plaie.

L'auteur rapporte qu'ayant voulu, chez un de ces *bluters*, arrêter une hémorrhagie par les gencives qui durait depuis quatre semaines et avait fait perdre une quantité de sang incroyable, il comprima l'artère carotide. L'hémorrhagie cessa en effet; mais il survint aussitôt des syncopes et des convulsions. Les mêmes accidents se renouvelèrent quand il voulut appliquer la pompe à ventouses sur les extrémités inférieures. La compression locale eut plus de succès; mais le malade ayant cessé d'appeler M. Vieli pour la renouveler, et l'ayant probablement mal faite, ne tarda pas à succomber.

L'iodure de fer a dissipé des hémorrhagies nasales et des tumeurs sur diverses parties du corps, se formant par la moindre contusion,

chez un enfant de sept ans dont la maladie, par exception, ne paraissait pas héréditaire. Tout retour de la maladie fut même suspendu pendant trois mois. Malheureusement le petit malade ne voulut pas continuer la médication. (*Août* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvanopuncture; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville (*troisième mémoire*).—Voici un fait où la galvanopuncture a obtenu un beau succès sur un anévrysme traumatique du pli du coude.

OBS. — Édouard Fouent, élève en pharmacie, âgé de trente ans, obligé de se faire saigner de temps en temps pour une hypertrophie du cœur, a eu l'artère blessée en février 1846. Il en est résulté un anévrysme faux consécutif qui, au bout de trois mois, avait déjà le volume d'un œuf de poule et offrait tous les caractères propres à ces sortes de tumeurs.

La maladie concomitante du cœur paraissant à M. Pétrequin plutôt une complication fâcheuse qu'une contre-indication, il s'est attaché d'abord à la combattre. Après trois semaines de préparation, le malade a été soumis, le 5 juin, à une séance de galvanopuncture, en présence du docteur Barrier et d'une foule d'élèves.

Le malade est assis sur une chaise, le bras étendu sur une table à côté de la pile et maintenu par des aides. M. Pétrequin implante sur quatre points opposés de la tumeur quatre épingles acérées de 7 à 8 centimètres de long, de manière que leurs pointes s'entrecroisent dans le sac. Il employa une pile à colonnes de soixante éléments carrés, de huit centimètres de côté; les rondelles de drap furent humectées d'une solution de sel ammoniac. Un aide comprimait solidement l'artère brachiale. La tête des deux épingles fut alors mise en rapport avec les deux pôles à l'aide de deux fils en laiton que l'on tenait en les enveloppant de soie. Le courant galvanique était très intense et donnait parfois lieu à des étincelles brillantes; les secousses étaient violentes. La tumeur diminue d'abord de volume, puis elle semble devenir tendue et rouge, sans augmenter toutefois de densité. L'opéré se plaint d'une chaleur brûlante dans les points où s'engagent les épingles, et il se produit autour de chacune d'elles une petite cautérisation.

Après dix minutes, la densité de la tumeur augmente; il s'y manifeste une sorte d'empâtement; on sent qu'il s'y forme des noyaux de coagulum. L'opérateur continue à faire fonctionner la pile, en faisant passer les courants électriques successivement par chacune des deux couples d'épingles. Le malade est agité; il éprouve de vives secousses et une sueur abondante; mais, plein de courage et d'intelligence, il se soumet avec confiance à la galvanopuncture. Après quinze minutes, on ne sent plus aucun battement dans la tumeur, lors même qu'on supprime la compression de la brachiale. M. Pétrequin prolonge encore la séance durant cinq minutes; la poche a pris une densité considérable. Il enlève successivement les épingles; il n'y a plus de pulsations. On place un compresseur sur l'artère, et sur la tumeur une vessie remplie de glace.

La journée se passe sans fièvre. Le lendemain la tumeur est beaucoup moins apparente, parce qu'elle est masquée par l'engorgement du membre survenu sous l'influence du compresseur; mais il n'y a ni inflammation ni douleur dans l'anévrysme. (Potion calmante avec sirop diacode, 30 grammes; une pilule de Méglin; tisane de gramen et de racines d'asperges; bouillon.) On enlève la compression pendant une heure; la tumeur reste sans battement.

Le 8, on enlève entièrement la compression; l'avant-bras est dégorgé; le malade se plaint seulement de ses palpitations; mais, le soir, il accuse de vives douleurs à la région du bras; la région en est chaude, malgré l'application de la glace qui n'a pas cessé. M. Pétrequin attribue ces phénomènes à la fluxion sanguine produite par l'enlèvement de la compression. Il prescrit un bain local d'eau froide où le malade doit plonger son membre pendant plusieurs heures; ce moyen le soulage à l'instant.

Le 12, les escharcs suscitées par les épingles sont tombées successivement, en laissant des ouvertures par où s'écoule une abondante sérosité sanguinolente; la douleur diminue. Le 13, il sort du pus noirâtre. La pression provoque l'expulsion de petits noyaux noirâtres, débris du coagulum sanguin à demi organisé. La glace est continuée comme les jours précédents.

Le 14 et le 15, le sac continue à suppurer; l'anévrysme a disparu; le sac est vide. Le 16, le bras a repris sa forme et son volume; la suppuration a diminué. M. Pétrequin exerce avec un tampon de charpie une compression modérée sur le sac vide, afin d'en mettre les parois en contact, de manière à les faire adhérer. Cet expédient produit le meilleur effet : des adhérences intérieures s'établissent. La compression est néanmoins replacée.

Le 20, la guérison est complète : il ne reste plus aucune trace de la tumeur; les artères radiales et cubitales battent comme du côté sain. L'état général est excellent. Le 30, toutes les plaies sont cicatrisées; la veille, le malade a été présenté guéri à la Société de médecine de Lyon. Le 4 juillet, Edouard Fouent quitte l'hôpital. L'état général est excellent, la guérison complète et les mouvements du bras tout-à-fait rétablis.

Un examen attentif fit reconnaître chez cet individu une seconde artère brachiale, anomalie qui expliquait l'accident dont la saignée s'était compliquée.

M. Pétrequin insiste sur la nécessité de se servir dans ces opérations d'épingles enduites

d'une couche isolante. L'ouvrier chargé d'enduire celles dont se servait l'auteur n'avait pas eu le temps d'achever le travail. C'est à ce défaut de précaution que fut due la cautérisation des parties molles. La chute des eschares aurait pu donner lieu à un grave danger si la lumière ou blessure du vaisseau n'avait déjà été oblitérée à cette époque. (*Juillet* 1846.)

ARCHIVES MÉDICALES DU MIDI.

Luxation de la 6e vertèbre cervicale sur la 7e, produite par une chute; mort, autopsie. — Observation prise dans le service de M. Cauvière, par M. CARASSUS, interne.— Le 6 juillet 1846, on transporta à l'Hôtel-Dieu un ouvrier qui venait de tomber d'un premier étage. Cet homme, âgé de 44 ans, conservait l'usage de ses facultés et rendit compte lui-même des circonstances de sa chute. Il était tombé en arrière contre la partie supérieure du dos, et il était depuis lors incapable de faire aucun mouvement. Au niveau de la sixième vertèbre cervicale, on apercevait une tumeur de la grosseur d'une amande sans autre apparence de lésion. Le malade y accusait la sensation de tiraillements violents qui semblaient partir de la moelle. Une pression exercée en cet endroit exaspérait la douleur et rendait la respiration plus fréquente et plus pénible. La respiration thoracique paraissait abolie; elle paraissait en revanche plus profonde du côté du diaphragme. Paralysie incomplète du mouvement et du sentiment dans les membres supérieurs; abolition complète de ces fonctions aux membres inférieurs, sauf un mouvement très rare et très léger lorsqu'on chatouillait le malade sous la plante des pieds. Face pâle, pouls faible et fréquent; extrémités un peu froides. (Diète, potion antispasmodique, tilleul.) — Le lendemain 7, le malade n'a pas changé de position. Mêmes troubles fonctionnels que la veille. Pouls fort et fréquent; envie d'uriner que le malade ne peut satisfaire. On le sonde. (Lavement purgatif; saignée de 300 grammes.) A huit heures, les facultés intellectuelles du malade commencent à s'affaiblir. Selles et urines involontaires; refroidissement des extrémités; pouls petit et irrégulier. Le malade expire à deux heures du matin.

Autopsie. — Une incision pratiquée à travers les divers tissus pour arriver à la tumeur cervicale y fait découvrir çà et là, soit des infiltrations de sang, soit des ecchymoses, soit des épanchements sanguins. Un enfoncement se présente entre l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale et celle de la 7e; la moelle épinière se montre au fond de cet enfoncement, et le doigt y arrive facilement. Les deux vertèbres sont complètement séparées l'une de l'autre. Elles avaient basculé de telle façon que l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre s'était dirigée en avant et en haut, tandis que celle de la 7e s'était portée en bas et en arrière. Les apophyses articulaires avaient aussi perdu leur contact immédiat et avaient suivi, en se séparant, une direction inverse : celles de la 6e vertèbre s'étaient portées en avant, en glissant de bas en haut; celles de la 7e avaient pris la marche opposée. Tous les moyens d'union qui rattachent ces deux vertèbres étaient complètement détruits. On voyait encore des lambeaux du ligament latéral postérieur, des muscles inter-épineux, ainsi que du ligament jaune. Aucune des vertèbres n'était fracturée, à l'exception cependant de la 6e, dont l'apophyse transverse du côté gauche était écornée. Le tissu cellulaire qui sépare les enveloppes de la moelle des parties osseuses était infiltré d'une grande quantité de sang. Rien d'anormal dans les enveloppes, si ce n'est que le liquide cérébro-rachidien paraissait exister en plus grande abondance qu'à l'état ordinaire. Le névrilemme divisé, on trouva à la partie postérieure de la moelle une surface contuse d'environ un centimètre carré, correspondant à l'espace compris entre les apophyses épineuses des 6e et 7e vertèbres cervicales. Elle était ramollie, mais à une faible profondeur. Rien autre chose à la moelle. Le corps de la 6e vertèbre faisait saillie d'avant en arrière, de manière à comprimer la moelle.

L'auteur fait observer que ce cas n'est guère que le quatrième de ce genre qui ait été enregistré dans la science. (*Juillet* 1846.)

LA CLINIQUE DE MARSEILLE.

De l'action du feu sur les caries dentaires; par M. E. COLLIN fils, chirurgien-dentiste.— Les essences, dit l'auteur, ont un mode d'action analogue à celui produit par le cautère actuel, mais à un degré inférieur, ce qui fait que ce dernier doit avoir le pas. Les essences agissent en racornissant la portion gélatineuse qui sert de partie cohésive entre les sels calcaires, et en ramenant ceux-ci à un état d'excitation assez prononcé pour les rendre moins impressionnables aux diverses causes désorganisatrices; leur action est lente et constante. Le feu agit de la même manière; mais son action est plus subite et plus générale. Il anéantit plus rapidement les douleurs.

Une dent est propre à être cautérisée tant que le centre papillaire n'est pas dénudé; cependant il n'est pas très rare de voir des dents cariées au delà du centre papillaire guérir.

Lorsque la dent sur laquelle on se propose d'opérer est douloureuse, il faut porter successivement un bouton de feu chauffé à blanc sur la carie, depuis ses limites jusqu'à sa terminaison. Si la dent est trop profondément cariée pour qu'une première tentative soit suivie d'un succès complet, on doit avoir le soin, après les cinq ou six premiers contacts, de mettre dans la carie un peu de camphre que l'on recouvre d'un bourdonnet de coton imbibé de mastic (solution du mastic en larmes dans l'éther sulfurique). L'intervalle qui doit séparer les deux opérations doit être de quatre heures au moins. Les douleurs cèdent d'ordinaire après la première cautérisation; mais si la troisième n'en amène pas la cessation complète, c'est que la cautérisation a été tentée dans de mauvaises conditions.

L'arsenic est un excellent auxiliaire de la cautérisation; dans les cas de violentes douleurs, il vaut mieux l'employer avant une première application du feu qu'après, quoique l'on puisse commencer par lui. Dans l'un comme dans l'autre cas, pour employer l'arsenic avec les précautions voulues, il faut préparer un petit tampon de coton légèrement imbibé du précédent mastic, et recouvrir la surface qui doit correspondre à la paroi désorganisée d'une quantité infinitésimale d'arsenic en poudre. Les douleurs cèdent dans presque tous les cas, et l'on peut continuer avec plus de succès la cautérisation.

Il faut bien se rappeler que la cessation momentanée de la douleur ne doit être qu'un but accessoire. L'arsenic et le camphre le remplissent souvent; mais la cautérisation est le seul agent curatif absolu.

Une fois la cure obtenue par la cautérisation, on doit la compléter en obturant la carie dentaire avec un métal inerte, tel que l'or ou le platine. L'étain a l'inconvénient d'obturer mal, parce qu'il diminue sensiblement de volume et parce qu'il peut donner naissance à des sels. Enfin, le plombage lui-même n'est qu'un moyen complémentaire, tout mécanique, et qui doit être précédé de la cautérisation. (*Août* 1846.)

Revue des journaux allemands.

CANSTATT'S JAHRESBERICHT.

Ophthalmie intermittente quotidienne, observée par le docteur LOHMANN.—Ce cas a été pris pendant que la fièvre intermittente sévissait dans la localité où l'auteur exerce la médecine. Un homme de trente-huit ans fut régulièrement atteint pendant cinq jours, à une heure de l'après-midi, de violentes douleurs dans l'œil gauche, s'irradiant à la tempe et au front du même côté. Il survenait de la photophobie, un grand écoulement de larmes, la conjonctive blépharo-scléroticale rougissait. Une heure plus tard, les vaisseaux de la conjonctive étaient comme injectés, et les douleurs dans la région sus-orbitaire des plus véhémentes. L'œil droit ne participait nullement à cet état. Le soir, vers sept heures, les douleurs commençaient à diminuer progressivement; la nuit il survenait des sueurs, et le lendemain l'œil ne présentait plus le moindre signe objectif ni subjectif de la maladie. Un sentiment de malaise se manifestait dans la matinée avant l'accès. Des sangsues, des bains de pied, des vésicatoires, des lotions froides, etc., avaient été inutilement employés. Douze grains de sulfate de quinine, donnés dans la matinée, prévinrent le retour de l'affection. (*Annales d'oculistique.*)

DITTERICH'S NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Sur l'emploi de la scammonée et sur un mode particulier de préparation de cette substance; par le docteur WIMMER, de Munich. —L'auteur pense que la préparation douce de scammonée, dont il s'agit ici, mérite, sous plusieurs rapports, d'être préférée au jalap dont elle possède toutes les vertus purgatives sans avoir le goût désagréable de cette substance ni provoquer des vomissements comme elle. Feu le conseiller Joseph Baader, médecin de Munich, qui avait une clientèle très étendue, a gardé secrète pendant longtemps la manière de préparer ce médicament qu'il employait depuis l'année 1784. Peu de temps avant sa mort, il la communiqua à M. Sigl, pharmacien de la ville, qui, de sa part, en donna connaissance au docteur Reiner et à M. Wimmer. Voici comment se prépare une résine pure de scammonée :

On fait digérer une quantité voulue de scammonée d'Alep légère et pulvérisée dans un verre; on y verse assez d'alcool rectifié pour que ce dernier surpasse la matière de la hauteur d'un travers de doigt. Après avoir couvert le verre, on place le mélange dans un lieu où règne une chaleur tempérée, et on l'agite souvent pendant le jour jusqu'à ce que le dépôt se soit détaché du fond. Au bout de huit jours, on verse le liquide avec le dépôt sur un filtre, placé au-dessus d'un verre destiné à recevoir la solution qui est d'un jaune clair. Cela fait, on verse encore dans le verre où la digestion s'est opérée trois onces d'alcool, que l'on ajoute ensuite au résidu resté sur le filtre. Lorsque le liquide est filtré entièrement, on ajoute à la solution résineuse la quantité d'eau suffisante pour amener une précipitation parfaite, puis on agite encore la solution au moyen d'un tube de verre. Ce procédé a pour résultat que la résine se dépose au fond du vase; on verse alors le liquide spiritueux et aqueux qui surnage le dépôt dans une cornue de verre, pour retirer tout l'alcool; il ne restera qu'un peu de résine impure dans la cornue. Ensuite on verse de l'eau distillée sur la résine pure qui se trouve dans le verre, et on remue le mélange. On répète cette opération jusqu'à ce que l'eau en sorte insipide, puis on sèche doucement la résine dans des assiettes de verre ou de porcelaine. La résine se brise comme du verre et est transparente.

M. Wimmer a trouvé le mélange suivant le plus propre à être employé. On mêle à un gros de cette résine pure de scammonée cinq grains de savon de Venise pulvérisé et cinquante-cinq grains de sucre; ce mélange est mis dans un mortier de serpentine et réduit en poudre très subtile. Cela fait, on y ajoute peu à peu une once de biscuit pulvérisé et quelques gouttes d'eau, en triturant fortement et en ayant soin de détacher du pilon les parties de la poudre qui s'y attachent, et en les mêlant toujours de nouveau à la poudre. La poudre étant préparée, on la sèche à l'air et on la divise en paquets contenant chacun dix gros. Un gros de cette poudre contient six

grains de scammonée. La scammonée pure est encore d'une administration commode lorsqu'elle n'est mêlée qu'à du sucre. Huit grains de cette poudre suffisent pour provoquer plusieurs garde-robes chez un adulte. On obtient le même résultat chez un individu âgé de quinze ans avec six grains, chez un enfant de sept à huit ans avec quatre grains, et chez un enfant de un à deux ans avec deux grains. En outre, cette poudre constitue un vermifuge facile à prendre. Lorsque la scammonée a été exactement préparée selon la manière indiquée, on n'observera jamais, à la suite de son emploi, les effets accessoires et désagréables qui rendaient jusqu'ici son usage si rare.

Revue des journaux italiens.

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Des avantages de l'ellébore noir, particulièrement dans les cas de manie et de mélancolie; par le docteur FULVIO GOZZI, professeur de matière médicale à l'Université pontificale de Bologne. — L'auteur rapporte que pendant un séjour de plusieurs mois qu'il fit à Modène dans l'année 1804, il suivait tous les jours les visites d'hôpital du professeur Bignardi. Dans la salle des aliénés il y avait depuis deux ans un officier d'une trentaine d'années, de constitution athlétique. Cet homme était affecté de manie. On l'avait inutilement traité par les saignées générales et locales, par l'artériotomie, par les drastiques, sans en obtenir aucun bénéfice, de sorte que l'on avait fini par se borner à une médecine purement palliative. L'auteur lui demanda comment il se pouvait faire que lui, si partisan de la médecine hippocratique, il n'eût jamais pensé à administrer l'ellébore dans un cas pour lequel le père de la médecine le préconisait si fort. En conséquence, ces messieurs se procurèrent de la racine d'ellébore bien authentique et de bonne qualité, et on commença par administrer au malade, un matin qu'il était encore à jeun, un scrupule de poudre fine de cette substance en une seule dose. Peu après, le malade éprouva de légères envies de vomir, puis quelques douleurs abdominales qui se terminèrent par une copieuse évacuation alvine. Mais ces phénomènes furent suivis d'un intervalle de calme plus marqué que les jours précédents. Au bout de deux jours, M. Bignardi prescrivit deux scrupules de poudre d'ellébore à prendre en une seule fois.

L'officier éprouva successivement pour cette fois des nausées, des efforts de vomissement, des vomituritions, des douleurs tormineuses; puis il eut des selles, d'abord un peu noires, et ensuite teintes de sang. Mais le calme qui survint après cette révolution artificielle fut tel qu'on pût délier le malade: celui-ci commença à se lever; il demanda des aliments, les goûta, et montra assez de raison. On le laissa ainsi pendant deux semaines, au bout desquelles il retomba dans son premier état. Il fut alors résolu qu'on lui donnerait l'ellébore d'après la méhode hardie des anciens, et on lui en prescrivit la dose d'un gros à la fois. Les effets qui en résultèrent ne tardèrent pas à offrir de la gravité; le malade eut une sorte de choléra: il rendit, par le vomissement et par les selles, des matières qui devenaient de plus en plus noires; il évacua même du sang pur. Peu à peu cependant ces symptômes se calmèrent et firent place au calme et au sommeil. Le jour suivant, comme il était fort abattu, on chercha à relever les forces par du bouillon qu'il but volontiers, et on lui donna en outre quelques légers aliments qu'il parut agréer.

Depuis lors l'état de cet officier alla en s'améliorant, de telle sorte qu'après l'avoir tenu en observation pendant un mois on crut pouvoir l'admettre dans une autre salle de l'hôpital avec les autres malades. Après être resté là deux mois encore, il sortit si bien rétabli qu'il put reprendre ses travaux.

L'auteur a appris que cet homme, après avoir constamment joui d'une bonne santé et d'une pleine intégrité de ses fonctions intellectuelles, a été tué au bout de trois ans d'une décharge de mitraille.

A son retour à Bologne, l'auteur eut à traiter deux cas de mélancolie. Le premier est relatif à une jeune fille non menstruée, de constitution grêle, qui fut prise de mélancolie sous l'influence de chagrins. Elle fut longtemps traitée par les saignées et les purgatifs sous toutes les formes avec si peu de succès que le médecin, portant un pronostic défavorable, conseilla l'abandon de toute espèce de remèdes. M. Gozzi, ayant été appelé sur ces entrefaites, prescrivit deux grains d'ellébore à prendre chaque jour en deux pilules, une le matin à jeun, l'autre le soir; il en éleva successivement le nombre jusqu'à huit. En moins d'un mois la guérison fut obtenue. Le ventre se maintint constamment libre pendant la durée du traitement: il n'y eut jamais aucun dérangement des fonctions digestives.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une fièvre intermittente chez un homme d'âge moyen, de bonne constitution, employé dans les finances. A une époque avancée du printemps, cet homme commençait à devenir sérieux et taciturne; il fuyait la société et refusait d'habitude les aliments, y compris le vin; il ne voulait pas répondre aux questions qu'on lui adressait, ou bien ne le faisait que d'une manière confuse et désordonnée. Il restait dans cet état jusqu'à l'automne suivant; alors il recouvrait peu à peu la jovialité qui faisait naturellement le fonds de son caractère. Mais l'année d'après il retombait dans sa mélancolie, et son état alla même tellement en s'aggravant qu'il ne put plus remplir les devoirs de sa place. Il est à peine besoin de mentionner le traitement énergique qu'on lui fit subir par les saignées, les drastiques et les nervins, puisqu'il fut sans succès.

Appelé à traiter ce malade vers le milieu du

mois d'avril, le professeur Gozzi lui administra d'abord deux pilules de quatre grains de poudre d'ellébore, à prendre l'une en se levant, l'autre en se couchant; il poussa le nombre des pilules jusqu'à six. Au moyen de ce seul médicament la mélancolie fut si bien arrêtée dans son cours que le malade put reprendre son emploi dans les premiers jours de juin.

L'année suivante, la mélancolie tarda à se montrer, mais enfin elle revint; et comme le malade espérait qu'elle se terminerait d'elle-même, l'auteur ne fut appelé que sur la fin de mai, alors que la maladie en était venue à un degré plus élevé que jamais. En effet, le malade avait de la tendance au suicide, ce qu'il n'avait jamais éprouvé. Néanmoins, malgré la difficulté que l'on éprouvait à lui faire ingurgiter des médicaments, M. Gozzi put, à l'aide du mode d'administration indiqué par les auteurs anciens, mitiger la mélancolie de manière à la réduire à l'état de simple apathie. Il ne fait aucun doute qu'il n'eût guéri rapidement le malade en ayant recours à de plus fortes doses d'ellébore; mais il craignait les vomissements et les autres effets du remède chez cet homme, qui portait une oschéocèle très volumineuse et irréductible. La mélancolie eut une durée beaucoup plus courte que les années précédentes.

Au printemps de l'année qui suivit, le professeur Gozzi combattit la mélancolie dès son début. Cette fois il en triompha sans retour, et elle ne se reproduisit plus les années suivantes.

Depuis cette époque, l'auteur a eu de fréquentes occasions d'employer l'ellébore, non-seulement dans la manie et dans la mélancolie, mais encore dans les fièvres quartes rebelles et dans les dartres; et les résultats qu'il en a obtenus le lui font regarder comme un des agents les plus héroïques que l'on possède, particulièrement contre les deux premières de ces maladies.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre le professeur Gozzi dans les considérations intéressantes dont il fait suivre ces observations. Il s'attache à l'examen et à la réfutation des raisons que MM. Mérat et Delens ont données de l'abandon d'un médicament qu'Hippocrate employait tous les jours et dont il parle presque à chaque page de ses ouvrages. Quoi qu'il en soit, les faits précédents, quoique peu nombreux encore, justifieraient de nouveaux essais de cette énergique substance. (13 *avril* 1846.)

Revue des journaux anglais et américains.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

De l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle; par M. RADFORD. — Une femme, enceinte de huit mois, fut prise d'hémorrhagie à la suite d'une violente frayeur. L'auteur, appelé près d'elle, lui trouva l'orifice utérin fermé et rigide; les mouvements du fœtus persistaient encore; du reste, il n'y avait aucune douleur. M. Radford se borna à prescrire le repos avec un bandage de corps, des aspersions d'eau vinaigrée à l'hypogastre et à la vulve, des boissons froides et acidulées. Au bout de quatre heures l'hémorrhagie avait encore augmenté. N'osant employer le tampon, l'auteur perça les membranes avec une sonde d'homme, et pendant que les eaux s'écoulaient il faisait pratiquer des frictions sur l'hypogastre, mais ce fut inutilement : l'utérus ne se contractait pas; le col restait fermé et rigide. M. Radford, ne voulant point pratiquer de vive force la délivrance, se résolut d'essayer le galvanisme. Le conducteur vaginal fut introduit jusqu'à la lèvre antérieure du col et l'autre jusque sur le fond de l'utérus. On ferma le cercle. La malade se plaignit aussitôt d'éprouver la même sensation que si on la coupait. On changea plusieurs fois les conducteurs de place pour les faire agir sur tous les points; on les disposait aussi de telle sorte qu'ils se correspondissent le plus possible dans le sens de l'axe le plus long de la matrice. Dès que le cercle électrique fut complet, les douleurs expultrices s'éveillèrent, et leur intensité devenait d'autant plus grande que les conducteurs restaient plus longtemps en place. Le galvanisme fut ainsi appliqué de cette manière par intervalles pendant une demi-heure; puis le conducteur vaginal fut retiré, et on en plaça un à l'extérieur sur chacun des côtés de la matrice, afin de faire agir le courant dans une direction à la fois oblique et transverse. Les deux conducteurs furent ainsi promenés de haut en bas dans diverses directions.

Du moment où les contractions utérines commencèrent, la perte sanguine diminua, et bientôt elle cessa complètement. Le col à son tour se ramollit, s'entr'ouvrit graduellement, et au bout de six heures il naquit un enfant vivant. La délivrance se fit spontanément. Il n'y eut aucune hémorrhagie consécutive. (*Janvier* 1846.)

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Tumeur érectile de la bouche, de la face et du cou; ligature des deux artères carotides; par le docteur J.-Mason WARREN, M. D., chirurgien de l'hôpital général du Massachusets. — Albert Tabur, du Maine, âgé de vingt-trois ans, consulta l'auteur pour une énorme tumeur de la lèvre inférieure et de la langue entée sur un nævus maternus. Presque tout le côté gauche de la face et la moitié du côté droit ne formaient qu'une vaste tache. La lèvre inférieure, tuméfiée, présentait à l'intérieur un aspect fongueux; elle était recouverte de granulations rouges tellement distendues par du sang qu'elles paraissaient toujours prêtes à se crever. Toute la lèvre était entourée d'ulcérations irrégulières. Les granulations s'étendaient à la surface inférieure de la langue; la partie gauche de cet organe était gros-

sie du double et surtout entre les dents; sa face supérieure présentait cinq ou six petites ulcérations. Le menton et le cou étaient aussi compris dans l'immense tache constituant le nævus congénial de cet individu. Le tout était fortement congestionné. Il y avait quatre ou cinq ans que la lèvre et la langue s'étaient gonflées.

Cette lésion présentait deux dangers très graves, celui d'une dégénération cancéreuse, ou bien celui d'une hémorrhagie imminente et rapidement fatale.

M. Warren proposa au malade le plan de traitement suivant : 1° lier l'artère carotide gauche ; 2° après un intervalle de temps suffisant, lier la droite; 3° attaquer plus tard avec le bistouri ce qui resterait de la tumeur.

Le malade ayant promis de se soumettre à ces périlleuses épreuves, les seules cependant qui pussent le sauver, M. Warren commença le 5 octobre par lier l'artère carotide gauche. Cette première opération réussit fort bien et le malade fut sur pieds au bout de dix jours. La face avait déjà pâli; le tissu érectile et la tumeur de la lèvre avaient beaucoup diminué de volume et l'ulcération se cicatrisait. On le renvoya passer chez lui trois ou quatre semaines, en lui recommandant d'appliquer sur la partie interne de la lèvre des compresses imbibées d'une forte solution de sulfate de zinc.

Le malade à son retour présentait une diminution de moitié à la tumeur de la lèvre; la langue était moins grosse aussi; les ulcérations de la langue étaient guéries; la face était moins congestionnée; le nævus avait pâli; la santé générale était bonne. Le 7 novembre, M. Warren lia l'artère carotide droite; ce vaisseau s'était dilaté d'un tiers pour remplacer son congénère. Le malade sortit encore de cette épreuve sans avoir éprouvé d'accidents sérieux. Il en résulta encore une diminution dans les lésions de la cavité buccale.

Le 26 novembre, l'ulcération de la lèvre était tout-à-fait guérie; mais malgré cela la lèvre restait encore épaisse, transformée qu'elle paraissait en tissu érectile. On jugea que la maladie, quoique diminuant par degrés, ne disparaîtrait pas totalement. M. Warren se détermina donc à enlever toute la partie malade au moyen d'une incision en V. Mais, avant de faire cette troisième opération, il plongea une aiguille à cataracte dans le tissu vasculaire du côté gauche de la tumeur et le fit circuler dans différentes directions de manière à détruire tout vestige d'organisation dans la tumeur. Il avait pour but, en agissant ainsi, de prévenir l'hémorrhagie après l'ablation de la tumeur. Trois jours après, la même manœuvre préparatoire fut exécutée à droite. Aucune des deux ne fut suivie d'écoulement de sang.

Ce fut le 29 novembre que fut faite l'opération qui devait terminer l'œuvre. Une forte compression ayant été exercée sur chaque côté de la lèvre au moyen d'un forceps d'acier préparé à cet effet, M. Warren enleva la lèvre dans une étendue de deux pouces au moyen d'une incision triangulaire. D'abord il n'y eut pas la plus légère hémorrhagie; mais la compression ayant été enlevée, le sang se mit à sortir petit à petit par les lèvres de la plaie. Celles-ci furent alors réunies à l'aide de la suture entortillée, et un bandage compressif fut appliqué sur la plaie. Il y eut néanmoins une légère hémorrhagie au bout de vingt-quatre heures; mais elle fut facilement arrêtée et ne se reproduisit plus.

La portion de la lèvre qu'on venait d'enlever offrait un tissu spongieux semblable au corps d'une sangsue ; elle donnait, lorsqu'on la coupait, la même sensation que le poumon malade. Le tissu musculaire avait presque entièrement disparu.

Le 12 décembre, le malade retourna chez lui tout-à-fait bien. A cette époque, la face était devenue plus pâle; la couleur anormale du cou avait presque entièrement disparu. Aucune pulsation ne pouvait être perçue dans les artères temporales, ni même dans aucune artère de la face. Au cou, tout-à-fait au-dessus de la clavicule, on sentait les pulsations énergiques de deux grandes artères presque aussi volumineuses que les carotides. Ces vaisseaux sont probablement les artères sus-scapulaires.

Le 1er février 1846, quatre mois après l'opération, M. Warren a reçu des nouvelles de son opéré. Celui-ci se portait très bien. Les facultés intellectuelles n'avaient éprouvé aucune atteinte du trouble apporté dans la circulation cérébrale. (*Avril* 1846.)

Revue des journaux espagnols et portugais.

ARCHIVO DE LA MEDICINA ESPANOLA.

Avortement à cinq mois dans un cas d'oblitération complète du vagin; établissement d'un vagin artificiel pour livrer passage au produit de la conception; par D. MANUEL MURO Y ARRIVILLAGA, médecin à Saviañan. — Une femme âgée de 33 ans, mariée depuis deux ans environ, d'un tempérament nerveux lymphatique, menstruée depuis l'âge de douze ans, et assez régulièrement jusqu'à sa première grossesse, eut en décembre 1844 une grossesse extrêmement laborieuse qui nécessita les secours de l'art. La tête de l'enfant étant restée pendant vingt-quatre heures engagée dans le détroit inférieur, on en fit l'extraction à l'aide du crochet. Il résulta de ces fâcheuses circonstances une violente inflammation traumatique des organes génito-urinaires, de la suppuration, des ulcérations, un écoulement chronique de matières épaisses et visqueuses, des selles fréquentes. Ces accidents durèrent six mois, après lesquels la menstruation reparut, mais avec un flux leucorrhéique dans l'intervalle.

Tels furent les renseignements que l'auteur de cet article apprit au bout d'un an de la malade qui le faisait appeler dans l'imminence d'un avortement. Cette femme se trouvait, en

effet, enceinte de cinq mois. Le repos et une saignée parurent d'abord calmer les symptômes précurseurs de cette fâcheuse terminaison. Mais ils revinrent plus pressants le quatrième jour, malgré une seconde saignée : les douleurs prirent le caractère expulsif, la matrice entra en contraction et un écoulement sanguinolent se fit par la vulve.

L'auteur, voulant explorer les parties, ne trouva ni orifice du vagin, ni caroncules. Il était entièrement fermé par une membrane fibro-cartilagineuse, d'une grande consistance, ayant un centimètre de long, autant de large, et s'étendant depuis l'urèthre jusqu'à la cloison recto-vaginale. La vessie correspondait à l'espace vaginal par le fond et par la face postérieure. La membrane demi-circulaire adhérait à la vessie et au rectum, et se continuait avec les grandes lèvres ; seulement, sur le coté interne de la grande lèvre gauche existait une petite fente par où s'échappait du sang par gouttes.

Néanmoins l'avortement avançait toujours, et, après une consultation, il fut décidé qu'une opération était l'unique ressource. Nous nous bornerons à en indiquer les particularités principales.

Une sonde étant introduite dans la vessie, et le doigt indicateur dans le fondement, on fit d'abord la reconnaissance du corps globulaire formé par la matrice. On disséqua ensuite, de dehors en dedans et de droite à gauche, la portion demi-circulaire de la membrane qui adhérait à la vessie, dissection qui fut pénible, tant à cause de la résistance des tissus que de l'étendue de l'adhérence. Un assistant appliqua immédiatemeut sa main, la face tournée vers le pubis, les doigts indicateur et médius en dedans, de manière à soutenir et à éloigner la vessie en haut et en avant. L'opérateur ne rencontra aucun vestige du vagin. La petite fente déjà décrite sur la grande lèvre ne fut d'aucun secours et on ne put y pousser le moindre petit bouton. Le chirurgien continua à inciser dans le sens de l'axe du vagin, marchant progressivement en arrière, de manière toutefois à respecter la vessie et le rectum, divisant parfois des tissus cartilaginifiés, et s'efforçant de former un conduit de 2 centimètres de haut sur 3 de large. On conçoit combien les manœuvres devaient être délicates et longues ; aussi fallut-il les suspendre au bout d'une heure afin de laisser quelque répit à la malade, qui était d'ailleurs douée du plus grand courage.

L'opération fut reprise après une demi-heure. On plongea le bistouri dans la direction de la fente de la grande lèvre gauche; puis on introduisit jusqu'au fond un bistouri étroit et boutonné accompagné d'un stylet, pour les retirer tous les deux en même temps, de manière à inciser de gauche à droite et de dedans en dehors tout ce qui se présentait. On obtint ainsi un passage pour le doigt indicateur gauche, qui servit désormais de conducteur au bistouri, et on finit par arriver sur le col de l'utérus. L'ouverture de la matrice avait le diamètre d'une lentille, la circonférence dure et calleuse ; aussi, sans désemparer, l'opérateur, avec le même bistouri boutonné porté jusque dans la cavité utérine, fit-il deux incisions latérales qui terminèrent les pénibles manœuvres de l'art.

Cependant la nature continuait aussi les siennes : les contractions se succédaient vives et fréquentes. Un quart d'heure après, la main gauche du fœtus apparaissait hors de la vulve. Malheureusement ce fœtus, quoiqu'il n'eût que cinq mois, ne pouvait passer, le nouveau conduit ne jouissant pas de la faculté de se dilater propre aux conduits naturels, et la même raison empêchait l'opérateur de faire pénétrer facilement sa main pour opérer la version ; ainsi on ne paraissait pas plus avancé qu'auparavant, lorsque M. Manuel se décida à pratiquer l'embryotomie. L'horreur de cette dernière ressource était tempérée par cette circonstance que le fœtus était putréfié et d'ailleurs non viable. Cette manœuvre fut encore longue et pénible. Il était sept heures du soir quand la première opération avait été achevée. La malade ne fut débarrassée des restes de son produit que le lendemain matin.

Elle eut une fièvre puerpérale qui parcourut ses phases ordinaires. Les lochies fluèrent comme de coutume ; il n'y eut aucun dérangement dans les excrétions alvines et urinaires. Pendant le travail de la cicatrisation on maintint la liberté du canal artificiel à l'aide de l'éponge préparée.

Le mois suivant, les règles parurent et la malade recouvra une parfaite santé. (*La Clinique de Montpellier.*)

Exophthalmie complète et amaurose de l'œil gauche; kyste hydatique; guérison au moyen de l'opération; par le docteur GARCIA ROMERAL. — OBS. Gregoria Avila, 18 ans, tempérament lymphatico-sanguin, vouée à des travaux domestiques, remarqua, en juillet 1844, que l'œil gauche était un peu proéminent, mais sans incommodité ni douleur. Plus tard, elle s'aperçut d'une petite tumeur au-dessous du sourcil gauche, qui augmenta graduellement jusqu'à déloger l'œil de sa cavité. Des douleurs se déclarèrent au fond de l'orbite, la vue diminua, et dans les derniers jours d'août elle était perdue. On employa divers remèdes sans succès.

Soumise à l'observation du docteur Garcia Romeral, l'œil gauche correspondait à l'éminence malaire : conjonctive injectée, membranes et humeurs transparentes, pupille mobile sous l'influence de la lumière directe du soleil ou d'une bougie, amaurose complète ; au-dessus de l'angle interne de l'œil, tumeur qui dépassait à peine le niveau du sourcil, mais qui s'agrandissait vers l'orbite et en remplissait presque entièrement la cavité, contiguë en dedans avec la paroi interne, occasionnant un écoulement continu des larmes par la compression du sac lacrymal. Cette tumeur était

indolente à la pression, circonscrite, jouissant d'une certaine mobilité, lisse et fluctuante.

Le diagnostic différentiel entre un squirrhe ramolli, un fongus, une tumeur sanguine, un abcès, ou un kyste séreux, ayant amené la conviction qu'on avait affaire à un kyste, on se décida pour l'opération. On fit une incision courbe d'un peu plus de 3 centimètres, s'étendant depuis environ 5 millimètres au-dessus de l'angle interne de l'œil jusqu'à la partie moyenne du bord adhérent de la paupière supérieure. La peau et le tissu cellulaire furent seuls intéressés. On sépara ensuite les fibres du muscle orbiculaire; on disséqua de haut en bas jusqu'à découvrir la tumeur, ce qui fut obtenu après avoir divisé une petite portion du tissu adipeux. La surface d'un kyste séreux apparut alors avec ses caractères propres. Deux artères palpébrales étant liées, on ponctionna la tumeur, on agrandit l'incision avec le bistouri boutonné, et il en jaillit un jet de sérosité claire. L'œil se rétablit à ce moment à sa place, de lui-même. Comme on se disposait à introduire une tente de charpie dans le kyste, il se présenta à l'ouverture un corps membraniforme, qui se laissa extraire avec facilité et que l'on reconnut pour une hydatide acéphalocyste, du volume d'un œuf de pigeon. Tente de charpie, linge cératé, compresse, quelques tours de bande, voilà quel fut le pansement adopté. Les douleurs disparurent, et la malade, qui avait été tourmentée de cruelles insomnies, tomba dans un sommeil tranquille.

Le lendemain, une réaction vive jusqu'au délire nécessita une saignée, deux applications de sangsues, des fomentations froides à la tête et la diète.

Le second jour on leva l'appareil; l'œil était de nouveau dehors, ce qui devait être attribué à l'enflure des tissus par l'inflammation : conjonctive injectée, cornée légèrement opaque. L'appareil inflammatoire reparut pour la seconde fois avec vivacité, et on appliqua des sangsues : rougeur érysipélateuse de la figure.

Les jours suivants, l'amélioration devint de plus en plus notable; on renouvelait la tente tous les trois jours; en l'enfonçant de moins en moins. Le 15e jour, l'œil avait repris ses fonctions; quelques jours après la plaie était cicatrisée. (*Ibid.*)

JORNAL DA SOCIEDATE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA.

De la solution du sel de cuisine dans les ophthalmies; par le docteur MORAES, de Lisbonne. L'auteur rapporte qu'il souffrait depuis cinq mois d'une ophthalmie chronique qui avait résisté à tous les moyens qu'il avait employés contre elle. Ce fut alors qu'il eut recours à une solution de sel de cuisine qui lui procura une guérison complète. Il a depuis employé le même moyen sur des malades de sa clinique qui s'en sont bien trouvés. Le degré de concentration se mesure d'après la sensibilité du malade. M. Moraes s'est servi d'eau ordinaire qu'il a employée tiède en hiver et froide en été.

L'emploi de la solution de sel marin dans les ophthalmies n'est pas chose nouvelle : c'est un remède populaire en Belgique et surtout en Hollande; dans ce dernier pays on l'emploie en solution saturée dans l'eau-de-vie de Cognac. M. Varlez y a eu recours avec avantage dans le traitement des ophthalmies de l'armée belge; enfin, M. Tavignot, dans un article qu'il nous a communiqué et qui a été inséré dans le 3e numéro du deuxième semestre de notre XIIe année, parle du collyre de sel marin comme d'un moyen nouveau d'une efficacité plus générale que celle d'aucun autre. Il fait préparer la solution de sel marin dans les proportions de quatre à dix grammes pour trente grammes d'eau, que l'on instille trois fois par jour. La douleur que détermine le chlorure de sodium est sur l'instant très vive, et plus insupportable encore que celle produite par le nitrate d'argent à dose ordinaire; mais, par compensation, elle dure bien moins de temps. M. Tavignot assure, dans le même article, avoir guéri par ce moyen un grand nombre d'ulcérations diverses de la cornée, là où le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le sublimé, échouent souvent. (Voyez notre n° d'avril 1845.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 septembre 1846.

Peste; quarantaines.— La discussion est ouverte sur les nouvelles conclusions.

Ire *conclusion* : « Dans l'état actuel des » peuples et de leur civilisation, les contrées » où la peste naît encore sont : en première » ligne, l'Egypte; puis la Syrie et les deux » Turquies.

» Il est cependant à craindre que la peste ne » puisse également se développer sans impor- » tation dans les régences de Tunis et de Tri- » poli et dans l'empire de Maroc. Le même » danger ne paraît pas exister pour l'Algé- » rie. »

M. PARISET : La proposition de la commission n'est pas exacte. Dire que la peste naît spontanément en Syrie, c'est comme si l'on disait qu'elle naît en Suisse. La Syrie n'engendre pas la peste, elle la reçoit. Il en est de même des deux Turquies.

La conclusion de M. Pariset est que la peste ne naît spontanément qu'en Egypte.

M. HAMONT voudrait qu'on divisât le vote à propos de la Turquie, qu'on distinguât ce qui a rapport à la Turquie d'Europe et à la Turquie d'Asie. Il est hors de doute qu'à Smyrne, par exemple, il n'y a plus eu de peste depuis 1838. Il n'est donc pas exact de dire qu'elle y est endémique. Il résulte des observations de M. Ségur-Dupeyron, observations qui n'ont pas été réfutées par la commission, qu'à Constantinople les invasions de

peste ont constamment coïncidé avec des arrivages d'Egypte.

M. Prus maintient la conclusion de la commission. Il cite de nombreux témoignages qui attestent que souvent la peste apparaît soit en Syrie, soit à Constantinople, sans que l'on puisse savoir d'où elle vient. La bonne opinion de M. Pariset touchant la salubrité de la Syrie n'est pas partagée par Volney, Larrey, ni par M. Lesperanza. On objecte que la peste n'a point fait d'apparition à Constantinople depuis 1834, ni en Syrie depuis 1835; mais elle a été aussi dix années consécutives, de 1824 à 1834, sans apparaître à Alexandrie. En conclura-t-on que la peste ne naît pas spontanément dans ce dernier pays?

M. Desportes croit qu'il faut considérer l'Égypte comme le siége unique, le foyer essentiel de la peste, et rester au moins dans des termes dubitatifs relativement à la Turquie et à la Syrie.

M. Hamont : Il est inexact de dire que la peste n'a pas régné à Alexandrie de 1824 à 1834. Il y a toujours des cas de peste à Alexandrie; il y en a dans ce moment même. A Smyrne il y avait, avant l'établissement du lazaret, des cas de peste, non pas épidémiques, mais sporadiques; depuis le lazaret il n'y en a plus du tout. Qu'on m'explique ce fait.

M. Castel voudrait qu'on s'exprimât ainsi : « La peste est *endémique* en Égypte, en » Syrie et en Turquie. »

M. Prus : Je n'ai pas d'autre objection que celle-ci: c'est que le mot *endémique* pourrait être mal compris par les personnes du monde et par les administrateurs auxquels ce travail est destiné. C'est pour éviter l'équivoque à laquelle cette expression aurait pu donner lieu que nous avons préféré la rédaction proposée.

M. Bégin : Cette expression *endémique* pourrait faire naître la pensée que la peste naît de conditions locales déterminées. Or, nous n'avons rien voulu préjuger à cet égard. Je crois que c'est l'avantage de la rédaction de la commission de faire les plus grandes réserves.

L'amendement de M. Castel n'est pas appuyé.

Le premier paragraphe de la première conclusion est mis aux voix et adopté. Le second l'est également sans discussion.

IIe *conclusion.* « Dans ces pays, les causes » qui déterminent et favorisent le développe- » ment de la peste sont, autant que l'observa- » tion permet de le constater, l'habitation sur » des terrains d'alluvion ou sur des terrains » marécageux; un air chaud et humide, des » maisons basses, mal aérées, encombrées; » l'accumulation d'une grande quantité de » matières animales et végétales en putréfac- » tion; une alimentation insuffisante et mal- » saine; une grande misère physique et mo- » rale; la négligence des lois de l'hygiène » publique et privée. »

L'expression de *misère morale* suscite quelques difficultés. M. Prus déclare n'y pas tenir et être prêt à lui substituer telle autre qu'on jugera plus convenable, le mot de *grande misère* si l'on veut.

La deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée, sous la réserve de la modification convenue dans la rédaction.

IIIe *conclusion* : « La peste sporadique ne » paraît pas susceptible de se transmettre. La » peste épidémique est transmissible soit dans » les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces » lieux. »

M. Hamont insiste sur la nécessité d'une grande réserve à l'égard de la transmissibilité de la peste sporadique. Il n'est nullement démontré pour lui, malgré l'autorité des faits cités par M. le rapporteur, que la peste sporadique ne soit pas transmissible. Il y aura toujours d'ailleurs une très grande difficulté en se plaçant au point de vue de l'administration : ce sera de savoir où et quand l'épidémie commence. Lorsqu'il sera démontré qu'un cas de transmission a eu lieu, dira-t-on que la maladie est épidémique? Je pourrais citer nombre de faits de transmission alors qu'il n'y avait qu'un petit nombre de cas de peste.

M. Prus : C'est pour parer à cette difficulté que nous avons rédigé dans les conclusions pratiques la phrase suivante : En cas d'imminence, etc., il sera délivré une *patente brute*, quoiqu'il n'y ait que des cas sporadiques.

Les deux paragraphes de la troisième conclusion sont successivement mis aux voix et adoptés.

Séance du 29 septembre.

Peste; quarantaines.—M. Prus donne communication de deux lettres qu'il a reçues de M. Clot-Bey. Les termes de la première se résument à dire que les réformes demandées par l'Académie ne sont pas assez radicales. La seconde lettre est accompagnée d'un mémoire en réfutation du discours de M. Pariset. Ce travail, trop étendu pour qu'il en soit donné lecture, est renvoyé à la commission.

IVe *conclusion.* « La peste se transmet à » l'aide de miasmes qui s'échappent du corps » des malades; ces miasmes, répandus dans » des endroits clos ou mal ventilés, peuvent » créer des foyers d'infection pestilentielle.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve » la transmissibilité de la peste par le seul » contact des malades.

» De nouvelles observations sont nécessaires » pour démontrer que la peste est ou n'est pas » transmissible par les hardes et vêtements des » pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les la- » zarets depuis plus d'un siècle que les mar- » chandises ne communiquent pas la peste. »

M. Hamont monte à la tribune et vient soutenir de nouveau, dans une note écrite, la doctrine de la contagion. Il rappelle l'expérience des cinq condamnés à mort dont quatre eurent la peste, les expériences qu'il a faites

lui-même sur des animaux auxquels il a inoculé la peste, les expériences de Cerutti, les faits rapportés par Gaètani-Bey, Lesperanza, Heine; il rappelle enfin l'expérience de cet Égyptien qui donna la peste à ses enfants, et il conclut en disant que la peste est évidemment contagieuse et que l'Académie doit franchement adopter cette opinion.

Le premier et le deuxième paragraphes sont adoptés.

M. Gaultier de Claubry, à l'occasion du troisième paragraphe, rappelle un fait qui s'est passé à Gand lors d'une épidémie de typhus et qui tend à démontrer que cette maladie est transmissible par les hardes. Vingt-trois ouvriers furent occupés après des draps qui avaient enveloppé des individus atteints de typhus: dix-sept d'entre eux contractèrent la maladie qui n'existait plus alors dans la ville. L'analogie n'autorise-t-elle pas à penser qu'il en peut être de même pour la peste?

M. Prus : Pour admettre que les hardes peuvent transmettre la peste, il faut que les faits ou des expériences bien faites le prouvent. Or, jusqu'à présent, toutes les expériences sont frappées de nullité par ce seul fait qu'elles ont été faites dans les foyers d'épidémie. On a fait des expériences en grand en Orient et partout par la vente publique des effets ayant appartenu aux pestiférés; or, jusqu'à présent, aucun fait authentique n'a démontré que ces effets aient communiqué la peste à quelqu'un. En 1835, lorsqu'après l'épidémie on restitua l'hôpital d'El-Eskébié à sa première destination, cinq cents couvertures servirent aux nouveaux malades sans avoir été ventilées; il n'en résulta pas un seul cas de peste. Quant aux expériences que la commission propose, qu'on se rassure, elle n'entend sacrifier la vie de personne. On peut être assuré que si elles sont agréées, on trouvera des personnes disposées à s'y soumettre.

M. Nacquart propose de substituer le mot *observations* au mot *expériences*, et d'ajouter ces mots : *en dehors des foyers de peste.* (Appuyé.)

M. Prus adhère à cette modification.

M. Moreau : Mais M. Hamont a cité des faits qui semblent assez concluants pour faire admettre la transmission de la peste par les hardes et vêtements des pestiférés.

M. Prus : Les faits cités par M. Hamont ont déjà été produits devant la commission qui ne les a pas jugés ainsi.

Le troisième paragraphe, modifié par l'amendement de M. Nacquart, est mis aux voix et adopté.

Séance du 6 octobre.

M. Legroux se porte candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique.

— M. le secrétaire perpétuel annonce que l'Académie a reçu un mémoire de M. Berthulus relatif au sujet qui est actuellement en discussion, l'incubation de la peste. L'auteur demande comme une faveur qu'il soit donné lecture de son mémoire; il exprime le désir que ce travail ne soit point renvoyé à une commission, déclarant qu'il le retire s'il en est décidé autrement.

L'Académie consultée prononce l'ordre du jour sur cette demande qui est contraire à ses règlements et à ses droits.

Peste; quarantaines.—On passe à la discussion du quatrième paragraphe de la troisième conclusion, ainsi conçu :

« Il résulte d'observations faites dans les » lazarets depuis plus d'un siècle que les mar- » chandises ne transmettent pas la peste. »

M. Collineau : Je désirerais qu'on mît, au lieu de ces mots : ne transmettent pas la peste, ceux-ci : « n'ont pas transmis la peste. »

M. le rapporteur consent à cette modification.

Le paragraphe, avec l'amendement proposé par M. Collineau, est mis aux voix et adopté.

Ve conclusion : « En dehors des foyers épi- » démiques, la peste ne s'est jamais déclarée, » chez les personnes compromises, plus de » huit jours après un isolement parfait. »

M. Hamont combat vivement cette conclusion.

M. Moreau veut bien croire que, dans la généralité des cas, l'incubation ne dépasse pas huit jours; mais les faits exceptionnels que l'on oppose à cette règle n'ont pas été réfutés à ses yeux. Il propose donc de dire : « Il n'existe pas de faits suffisamment démontrés qui prouvent que la peste se propage au delà de huit jours. »

M. Prus : J'adopte volontiers l'amendement proposé par M. Moreau, sauf rédaction; c'est, en définitive, la pensée de la commission.

MM. Desportes, Castel et Barthélemy combattent aussi la cinquième conclusion.

La discussion ayant traîné en longueur, M. Prus, vu l'heure avancée, demande que le vote soit ajourné à la prochaine séance.

Séance du 13 octobre.

Peste; quarantaines. — La discussion continue sur la cinquième conclusion relative à l'incubation.

M. Hamont rappelle les opinions de Felix Plater, d'Hoffmann, de Diemerbroeck, etc., et cite quelques-uns des faits sur lesquels ces auteurs motivent leur opinion, faits desquels il résulte que l'incubation de la peste, le plus ordinairement de sept à huit ou neuf jours, a eu dans quelques cas une durée de quinze à vingt jours, quelquefois même d'un mois.

M. Londe : M. Hamont oublie de dire que tous ces faits qu'il invoque ont été observés en temps d'épidémie et dans les foyers épidémiques; il ne fait pas attention que c'est précisément parce qu'on ne pouvait déduire rien de positif de ces faits qu'on a cherché à résoudre la question par l'observation de ce qui se passe en dehors des foyers de peste; or, on

sait quel a été le résultat de ces recherches qui ont été faites, non-seulement à Marseille, mais dans tous les lazarets d'Europe et sur une période de cent cinquante ans.

M. Bégin : Si dans les conclusions pratiques nous avons élevé à dix jours la durée de la quarantaine, au lieu de huit, c'est que nous avons voulu faire la part des aberrations naturelles, des exceptions possibles. Nous savons tous que le terme naturel de la grossesse est de neuf mois, qu'il varie tout au plus de quelques jours, et cependant la loi, dans la prévision d'exceptions possibles, a dû en étendre les limites au delà de ce terme. C'est par un motif semblable que nous avons fixé le chiffre du temps d'observation au delà du terme que l'expérience assigne à l'incubation. Mais, je le répète, la commission n'a nullement entendu résoudre la question scientifiquement; elle s'est renfermée purement et simplement dans la question du fait.

M. Prus déclare que la commission adopte le principe de l'amendement proposé dans la dernière séance par M. Moreau; elle prie l'Académie de s'en rapporter à elle pour la rédaction de la rédaction.

La cinquième proposition ainsi amendée est adoptée.

VIe *proposition. Prophylaxie de la peste par l'hygiène.* — « Une application éclairée et » persévérante des lois de l'hygiène pourrait, » en combattant les causes de la peste, pré- » venir son dévelopement dans les lieux qui » lui donnent encore naissance. » (Adopté.)

M. Prus lit la septième conclusion. Comme la rédaction en est fort longue et que la discussion en a été à peine entamée, nous en rendrons compte dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 septembre 1846.

Action tonique de l'or. — M. Legrand expose dans une lettre les résultats nouveaux qu'il vient d'obtenir par l'administration des préparations d'or chez les vieillards pour combattre l'affaiblissement graduel qui annonce chez eux une fin prochaine. Dans ce but, il donne l'or en nature à l'état de division extrême, à la dose de 25 à 50 centigr., incorporé dans de la gelée de pomme ou tout autre excipient. Ces résultats vérifient, suivant lui, les propriétés attribuées à l'or administré comme médicament par les médecins des XVIe et XVIIe siècles.

Présence du cuivre et de l'arsenic dans tous les métaux et les corps célestes. — M. Walchner, de Carlsruhe, adresse un mémoire dans lequel il fait connaître qu'après un grand nombre d'analyses il est parvenu à démontrer la présence du cuivre et de l'arsenic en quantité notable dans tous les métaux, et spécialement dans les eaux minérales ferrugineuses. Ces substances sont, suivant lui, répandues sur toute la surface du globe et elles font même partie des corps célestes, car on les rencontre dans les aérolithes.

Ce résultat des analyses de M. Walchner, dit M. Dumas en rendant compte de ce travail, mérite d'être pris en considération dans les recherches médico-légales.

Nouveaux antiseptiques. — M. Cottereau fils écrit à l'Académie qu'il a acquis, par suite d'expériences qu'il a faites, la certitude que les saccharates sont de très bons antiseptiques, et qu'il a basé sur leur emploi un nouveau procédé de conservation des matières organiques.

Séance du 28 septembre.

Lois synthétiques du mouvement vital. — M. Durand (de Lunel), médecin adjoint de l'hôpital militaire de Blidah (Afrique), adresse un mémoire intitulé : *Lois synthétiques du mouvement vital.*

L'auteur se propose d'établir que les lois de l'organisme ne sont autres que les lois qui président à tout mouvement matériel, et que la force d'attraction a une grande part d'influence dans le système vital : c'est un développement nouveau d'un travail déjà paru.

Voici en quels termes il résume sa synthèse :

L'appareil nerveux, qui est un conducteur continu, est un conducteur à pôle négatif dans l'impression générale nutritive, à pôle positif dans toutes les autres impressions permanentes. Ainsi le sang artériel est un foyer vital irradiant, à travers les nerfs, du fluide électro-positif vers tous les appareils pour exciter les impressions négatives desquelles dépend l'exercice de leurs fonctions (sang veineux au poumon et au foie, fibre musculaire, air et température atmosphérique aux extrémités de l'appareil cérébro-spinal, substance blanche dans l'appareil de ce nom, etc.), et à leur tour et par la même voie tous ces impressifs envoient du fluide électro-négatif vers le sang pour en exciter l'impression.

Tel est le mécanisme du mouvement vital, l'impression nutritive sanguine en est la force centrale, les autres impressions permanentes en sont les forces multiples gravitantes.

L'auteur trouve, dans le fait déjà constaté par Johnstone, Legallois, Gall, etc., que la substance grise nerveuse est un imparfait conducteur, l'explication de divers phénomènes d'intermittence et de rémittence vitale (sommeil, veille, etc.).

Enfin, poursuivant son parallèle entre la force attractive animale et la force attractive générale, cette force, dit-il (force attractive générale), présentant des spécialités de prédilection selon la nature de certains corps en présence, comme ailleurs, elle devait s'offrir souvent spécialisée dans la matière vivante : de là les variétés dans les impressions, les sécrétions, les absorptions, les compositions, les maladies, etc., pourtant toujours liées à un type électrique commun, positif ou négatif.

Ainsi, dit-il en terminant, l'attraction ré-

pond à tout ce qui n'est pas métaphysique dans la vie, et nous proclamons cette large synthèse.

L'organisme vivant est un système en tout semblable au système universel.

Action du phosphore sur les ouvriers qui travaillent à la fabrication de cette substance. — Il résulte de diverses recherches faites par MM. Chevallier, Bricheteau et Boys de Loury, 1° que les ouvriers qui travaillent à la fabrication du phosphore ne sont point sujets à la carie dentaire qui a été observée chez les ouvriers qui fabriquent les allumettes chimiques; 2° que les ouvriers, lorsque l'air des ateliers contient des vapeurs phosphorées, sont pris d'accès de toux, mais que ces accès cessent dès que la cause qui les suscite a disparu; 3° que la fabrication du phosphore ne donne lieu à aucune maladie particulière.

Absence de cuivre et d'arsenic dans les eaux de Passy. — Dans la dernière séance, M. Dumas avait communiqué, au nom de M. Walchner, un mémoire sur l'existence du cuivre et de l'arsenic dans tous les métaux et spécialement dans les eaux minérales ferrugineuses. M. Flandin a analysé six litres et demi d'eau de la source de Passy; il a employé d'abord la méthode dont s'est servi M. Walchner et ensuite, pour la recherche spéciale de l'arsenic, la méthode de Marsh. Il n'a pu y découvrir la moindre trace de cuivre ni d'arsenic.

Séance du 5 octobre.

Nouvelle propriété du système nerveux. — M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire présente, au nom de M. Mandl, une note sur une particularité que cet observateur a constatée relativement à une propriété vitale du système nerveux. On sait, dit M. Mandl, que la chaîne ganglionnaire qui constitue le système nerveux de la sangsue se trouve dans une enveloppe noirâtre composée de tissu cellulaire et de pigment. On sait aussi que ces ganglions sont réunis par deux cordons nerveux et qui, de chaque côté du ganglion, portent des filets nerveux. En faisant quelques recherches sur ce sujet, M. Mandl a constaté plusieurs fois le fait suivant.

Il a séparé, sur une sangsue vivante, un morceau de cette chaîne ganglionnaire composé de deux ou trois ganglions, et il l'a placé dans une goutte d'eau après avoir déchiré l'enveloppe noirâtre. En examinant immédiatement à un grossissement de cinquante à soixante fois cette portion du système nerveux, il a aperçu très distinctement des contractions vitales soit dans les nerfs qui partent latéralement de chaque ganglion, soit dans la portion terminale du ganglion de connexion. Ces mouvements rappellent complètement les contractions des fibres musculaires. Leur vivacité est très variable selon les individus. Sur quelques sangsues néanmoins, il n'a pu constater ces contractions de nerfs. Il lui a été impossible, avec les grossissements les plus considérables, de découvrir aucune trace de fibres musculaires, et il n'a jamais vu dans ces nerfs des fibres qui se rapprochassent par leur structure des fibres musculaires.

M. Serres rappelle, à cette occasion, qu'il a fait, dans le temps, une observation analogue sur les branches ciliaires du nerf ophthalmique. Il pense que les recherches qu'entreprend M. Mandl sur ce phénomène pourront conduire à des conséquences très importantes en physiologie.

— M. Tavignot communique un fait de pupille artificielle pratiquée avec succès malgré l'absence de chambre antérieure de l'œil.

— M. Pétrequin communique un quatrième mémoire sur la nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvanopuncture. Il rapporte deux observations nouvelles de guérison obtenue à l'aide de cette méthode sur des anévrysmes poplités.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce annonce à l'Académie que M. Sanson vient d'appeler l'attention des autorités sur les dangers que peut présenter pour la sûreté publique l'introduction des serpents venimeux et particulièrement des serpents à sonnettes ou *crotales*, qui pourraient se reproduire et s'acclimater en France. M. le ministre invite l'Académie à lui faire connaître son avis sur la question de savoir si les serpents à sonnettes sont les seuls reptiles venimeux auxquels la prohibition devrait être appliquée, et, en supposant que d'autres serpents dussent être compris dans cette prohibition, indiquer leurs noms et leurs caractères distinctifs les plus apparents.

MM. Duméril et Valenciennes sont chargés de faire un rapport sur ce sujet.

NOUVELLES MÉDICALES.

Ecoles de médecine.— Arrêté du grand maître en conseil royal de l'Université, relatif aux examens de médecine. — Nous, ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique, grand maître de l'Université de France, faisons savoir ce qui suit :

Sur le rapport de M. le conseiller titulaire, doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 20 juin 1846; vu l'article 8 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI); vu l'arrêté du 22 octobre 1825, le conseil royal de l'Université a délibéré et nous arrêtons :

Art. 1er. A partir du 1er novembre 1846, les élèves en médecine qui prendront une première inscription passeront un examen à la fin de la première, de la deuxième et de la troisième année d'études.

Art. 2. Ces examens, dits examens de fin d'année, porteront sur les matières qui auront fait l'objet des cours des années correspondantes, c'est-à-dire le premier examen sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle; le deuxième, sur l'anatomie et la physiologie; le troisième, sur la pathologie interne et externe.

Art. 3. Quatre élèves seront interrogés à chaque examen. Le jury d'examen se composera de deux agrégés et d'un professeur prési-

dent. Le résultat de l'examen devra être soumis à la sanction de la Faculté.

Art. 4. Les examens de fin d'année devront commencer du 15 juillet au 1er août. Les élèves refusés à ces examens seront ajournés au mois de novembre suivant, et ne recevront l'inscription de ce trimestre qu'autant qu'ils auront recommencé l'épreuve et l'auront soutenue d'une manière satisfaisante.

Art. 5. Tout élève, déjà refusé au mois d'août, qui le serait une seconde fois en novembre, devra être ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant tout le cours de cette année, à moins d'une autorisation spéciale délivrée par le grand maître en conseil royal et accordant un nouveau délai pour l'examen. Cet élève ne pourra prendre ses inscriptions l'année suivante qu'autant qu'il aura passé ses examens de fin d'année d'une manière satisfaisante.

Art. 6. Tout élève qui ne se sera pas présenté au mois d'août pour subir l'examen de fin d'année ne pourra être admis à subir cet examen au mois de novembre suivant qu'après justification d'empêchement légitime, dûment constaté par le doyen de la Faculté.

Tout élève qui ne se sera pas présenté ni au mois d'août ni au mois de novembre pour soutenir l'examen de fin d'année sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant tout le cours de cette année.

Art. 7. Les examens de réception ainsi que la thèse ne pourront être soutenus qu'après la seizième inscription révolue, suivant l'ordre prescrit par l'article 5 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI). Pour ces épreuves, les jurys d'examen et les séries d'élèves resteront composés comme par le passé.

Art. 8. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui auront soutenu, dans ces écoles, les deux examens de fin d'année, correspondant à la première et à la seconde année d'études, et qui y auront satisfait, seront dispensés de soutenir de nouveau ces examens devant les Facultés.

Les élèves qui auront soutenu, dans les écoles préparatoires, les examens de fin d'année correspondant à la troisième et à la quatrième année d'études, seront astreints à soutenir de nouveau ces examens devant les Facultés, lorsqu'ils se présenteront pour convertir les inscriptions d'école en inscriptions de Faculté.

Fait au chef-lieu de l'Université, le 7 septembre 1846. SALVANDY.

Le chancelier de l'Université, baron THÉNARD.
Le conseiller secrétaire général, GUIGNAUT.

—Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 27 août 1846, un concours public sera ouvert, le 4 janvier 1847, devant l'Ecole de pharmacie de Paris, pour cinq places d'agrégés, savoir : trois places pour la section de chimie, de physique et de toxicologie; deux places pour la section de pharmacie et d'histoire naturelle médicale.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1847.

Les pharmaciens reçus par l'une des trois écoles de pharmacie du royaume qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer au secrétariat de l'Ecole de pharmacie de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir : pour la section de chimie et de toxicologie, avant le 4 janvier 1847; pour la section de pharmacie et d'histoire naturelle médicale, avant le 4 février 1847.

—Un médecin de la commune de Ginac, appelé, dans la nuit du 31 mai au 1er juin, à donner ses soins à deux Piémontais qui venaient d'être horriblement blessés par un de leurs compatriotes, et dont l'un avait les intestins qui s'échappaient de sa plaie, vint jusqu'à la cabane où ces malheureux avaient trouvé un refuge, et refusa d'en passer le seuil avant qu'on lui eût compté 60 fr., et, cette somme ne lui ayant pas été donnée, retourna chez lui, laissant les blessés dans d'affreuses souffrances. Plus tard, ce médecin fut requis par le commissaire de police du chemin de fer de venir panser les blessés; mais il n'obéit pas plus à la réquisition du magistrat qu'il n'avait écouté la voix de l'humanité. Poursuivi pour ce refus par le ministère public près le tribunal de simple police de Martigues, le sieur M.... a été condamné, le 20 de ce mois, par ce tribunal, à 10 fr. d'amende et aux frais.

—Des nouvelles de Perse du 20 juillet portent que le choléra fait les plus grands ravages à Téhéran. Un des fils du schah est mort. La panique s'est emparée de toute la ville. Le roi, les ministres et toute la cour ont quitté Téhéran, et l'on dit que le corps diplomatique se disposait à suivre cet exemple. Bientôt la capitale de la Perse sera déserte; tous ceux qui ne sont pas encore atteints par le redoutable fléau s'empressent de l'abandonner. — Le premier cas de choléra s'est déclaré dans le quartier de la ville qui se trouve dans la direction qu'allait suivre la colonne miasmatique, en admettant que cette maladie se communique par l'air. — Dans cette occurrence, nous pensons que la Sublime Porte prendra, sur ses frontières qui avoisinent la Perse, les précautions commandées par l'intérêt de la santé publique (1).

— Les dernières nouvelles des Indes vont jusqu'au 2 août de Calcutta et jusqu'au 9 de Madras; elles ne contiennent aucun fait politique qui mérite d'être mentionné. — A Kuratchee, le choléra sévissait avec violence. Parmi les Européens, le nombre des victimes s'est élevé, dans les journées des 15, 16 et 17 juin, à 255, dont plus de 100 appartenant au 86e de S. M. On ne signale la perte d'aucun officier. Les indigènes mouraient par centaines.

— En moins de dix jours, le quart des troupes cantonnées à Kuratchee et la moitié des

(1) Des nouvelles plus récentes annoncent que le choléra a cessé ses ravages en Perse.

habitants ont été enlevés par le fléau. Le nombre des victimes a été, pour ces dix jours (du 14 au 24 juin), approximativement estimé à 922 Européens, 815 soldats, dont 600 soldats indigènes, et 7,000 habitants.

L'inhumation et l'incinération des cadavres n'ayant pu se faire assez promptement, les exhalaisons méphitiques sont venues ajouter aux causes de mortalité. Au 12 juillet la ville était presque déserte, tous ceux qui le pouvaient ayant pris la fuite.

— Une assez grande mortalité affligeait dernièrement nos communes rurales : la cholérine y règnait et y prenait même parfois tous les signes caractéristiques du choléra. Les boissons chaudes, les vêtements de laine et surtout la laine appliquée chaude sur la peau, enfin les frictions et tout ce qui peut porter à la transpiration, ont toujours paru les remèdes les plus efficaces à opposer aux premières atteintes.

La Société médicale du 1er arrondissement vient d'adresser à M. Leroy (d'Étiolles) la lettre suivante :

« Monsieur et cher collègue,

» La Société du 1er arrondissement a vu avec un profond chagrin la polémique engagée entre vous, son président, et M. le docteur Heurteloup. Elle regrette vivement qu'une question scientifique, détournée de son véritable terrain, ait été débattue dans la presse politique et soit devenue ensuite une source de provocations entre deux hommes qui ont rendu l'un et l'autre des services signalés à la science. Elle a le ferme espoir que, déplorant le premier le fâcheux résultat de cette discussion, vous y mettrez un terme en ne répondant pas au dernier mémoire de M. Heurteloup.

» Nous serions doublement heureux si notre invitation était également entendue de M. Heurteloup et s'il n'existait désormais entre vous d'autre rivalité que celle de perfectionner de plus en plus une découverte qui a fait rejaillir tant d'honneur sur la chirurgie française.

» Recevez, monsieur et cher président, l'assurance des sentiments dévoués de vos affectionnés collègues.

Signé : FAUCONNEAU-DUFRÈNE, vice-président ; LETALENET, secrétaire général ; FOISSAC, secrétaire particulier.

Nécrologie.

M. Auguste BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, vient de succomber à une douloureuse maladie qui le tenait depuis quelque temps éloigné de ses fonctions. Ses obsèques ont eu lieu le 17 octobre au milieu d'un nombreux concours d'étudiants. Le cortége, qui se composait des professeurs de la Faculté de médecine et d'un nombre considérable de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, s'est dirigé vers le cimetière de Charenton-Saint-Maurice, où M. A. Bérard avait manifesté le désir d'être inhumé, auprès de sa mère et d'une de ses filles. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. le professeur Denonvilliers et par MM. les docteurs Gimelle, Sandras et Cruveilhier.

— M. le docteur POIRSON, membre de l'Académie de médecine, chirurgien en chef retraité de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, chirurgien principal d'armée, vient également de mourir.

Le docteur Gasté.

Discours de M. Malle.

Nous avons annoncé, dans notre n° de septembre, la mort de M. Gasté, médecin en chef de l'armée d'Afrique ; et nous nous faisons un devoir de mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs un extrait du discours qui a été prononcé sur sa tombe par M. le docteur Malle, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de la Salpétrière, à Alger.

« Messieurs,

» Il y a moins d'un an que, réunis autour d'un autre cercueil, un confrère, M. Casimir Broussais, déjà loin de nous, mais dont le nom n'en est pas moins illustre ni moins cher à la médecine, et surtout à la médecine militaire, exprimait, au nom de tous, les regrets que nous inspirait la mort d'Antonini, médecin en chef de l'armée ; et déjà nous voilà de nouveau groupés autour d'une tombe pour rendre les derniers devoirs à celui qui l'a remplacé, et qui, comme lui, médecin en chef et inspecteur médical de l'armée d'Afrique, est mort aussi au champ d'honneur, victime de son devoir et de son dévouement.....

» Je ne vous dirai rien, messieurs, de ses premiers pas dans la chirurgie militaire ; car, à l'époque où il y entra, le héros qui régnait alors sur la France ne laissait point aux jeunes sujets le temps de se livrer avec ardeur au travail ; mais, pour vous convaincre, en effet, que ce motif seul éloigna alors le jeune Gasté du soin de recueillir des matériaux, il me suffira de vous le montrer, à peine reçu docteur, publiant déjà dans un des meilleurs journaux de cette époque, le *Journal universel des sciences médicales*, un mémoire fort intéressant et estimé sur la *scarlatine*. A ce mémoire en succédèrent presque aussitôt après plusieurs autres, dont un, rempli d'observations importantes sur l'angine tonsillaire, et dont l'autre a pour objet les maladies de la Catalogne, que Gasté avait pu observer dans ce pays en 1823, lorsqu'il faisait partie du 4e corps d'armée commandé par le duc de Conégliano. Vous parlerai-je, messieurs, des notices multipliées qu'il a consignées dans ce recueil ? toutes vous attesteraient, au besoin, le zèle constant et le dévouement dont il a toujours fait preuve dans les différents postes qui lui ont été confiés.....

» Toujours au courant de la science, Gasté ne pouvait rester étranger à la révolution que la doctrine du Val-de-Grâce apportait dans le traitement des maladies, et les *Annales de la médecine physiologique* sont là pour attester qu'il en avait senti l'importance. Les observations d'encéphalite qu'il y a consignées, mais surtout son compte-rendu des maladies observées à l'hôpital militaire de la Rochelle, ainsi que sa notice historique et médicale sur le choléra-morbus, démontrent en effet qu'il avait de bonne heure compris les avantages que l'art médical pouvait retirer des découvertes dues au génie du réformateur ; aussi se hâta-t-il d'y puiser, avec la réserve toutefois prescrite à ceux qui se livrent à la pratique de la médecine avec confiance et dévouement.

» Attaché deux fois à des hôpitaux situés sur le littoral de l'Océan, Gasté ne pouvait y séjourner pendant un certain temps sans s'occuper des bienfaits que les bains de mer peuvent procurer à la médecine, et son Essai sur les bains de mer de la Rochelle démontre en effet qu'il lui était impossible de se trouver en contact avec un sujet qui fût de nature à inspirer quelque étude médicale, sans s'en emparer aussitôt.

» Quel est parmi nous, messieurs, celui qui ignore les difficultés dont se trouve entourée l'étude des maladies épidémiques ? Il n'est pour ainsi dire pas de sujet qui ait été traité d'une manière moins scientifique, ainsi que l'atteste l'impossibilité où fut la commission, nommée naguère par l'Académie royale de médecine, pour mettre en ordre les matériaux recueillis en France depuis 1771 jusqu'en 1830, tant les relations de ces maladies étaient mal faites. Eh bien! nous le disons avec orgueil, ce reproche d'inexactitude dans la description ne saurait être adressé aux mémoires que Gasté a publiés sur ce sujet.

» Il nous reste à vous parler maintenant, messieurs, de l'ouvrage qui couronne pour ainsi dire cette longue série de travaux, et qui à lui seul suffirait pour démontrer que, doué du sens philosophique, Gasté ne considérait pas isolément les sciences et les lettres, mais les réunissait en faisceaux, et les appliquait ensemble à l'explication de la grande énigme du phénomène sommaire de la création, je veux parler de son *Abrégé de l'histoire de la médecine.*

» S'il pouvait, du reste, messieurs, rester encore quelque doute dans l'esprit de quelqu'un de vous sur la passion de Gasté pour le travail, nous vous le montrerions arrivé à une époque de la vie où le besoin du repos est pour ainsi dire le plus pressant, et où, avant tout, il importe de ne compromettre ni son avenir ni son passé ; nous vous le montrerions, dis-je, ne craignant pas d'aller à quarante-huit ans s'asseoir sur les bancs de l'amphithéâtre du Val-de-Grâce pour lutter avec des jeunes gens souvent riches en science mnémotechnique, mais, sans doute souvent aussi, peu riches en science pratique, et Gasté sortant néanmoins victorieux de la lutte.....

» Faut-il vous dire maintenant, messieurs, qu'un médecin aussi passionné pour l'étude ne pouvait manquer de trouver de nombreuses sympathies dans les corporations savantes : aussi le jeune Gasté que, dans un discours public prononcé en 1818 à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, l'orateur appelait déjà un médecin distingué, ne tarda-t-il pas à devenir membre titulaire de la Société des sciences de Strasbourg, et bientôt après, et successivement, membre correspondant de la Société médicale d'émulation de Paris, des Sociétés de médecine de Niort, d'Indre-et-Loire, de Toulouse, de Lyon et de Marseille, et l'Académie royale de médecine se fit-elle un devoir de se l'adjoindre comme membre correspondant en 1834. Ce fut en cette qualité qu'il adressa à cette savante Compagnie, en 1838, un mémoire sur le calcul appliqué à la médecine, comme complément de la théorie des faits et des raisonnements sur lesquels doivent être fondées la pathologie, la thérapeutique et la clinique, en réponse à celui présenté à cette académie par M. Risueno d'Amador sur le calcul des probabilités appliquées à la médecine....

» Plus tard, devenu membre titulaire de l'Académie royale de Metz, il continua ses recherches sur le même sujet et publia une esquisse sur les principaux changements qui surviennent dans le physique et le moral de l'homme et de la femme depuis la naissance jusqu'à la décrépitude, mémoire que cette société savante se fit une gloire d'insérer dans ses annales, ainsi qu'une notice historique sur le baron Larrey. Hélas! Gasté ne se doutait point alors que, le gouvernement croyant ne pouvoir mieux récompenser ses nombreux travaux qu'en le plaçant à la tête des médecins de l'armée d'Afrique, afin de servir, si je puis ainsi dire, d'exemple au corps nombreux des officiers de santé qui s'y trouvent, nous aurions bientôt, à notre tour, à pleurer sur sa tombe et à célébrer en ce jour ses vertus et son indépendance. Nous croirions, en effet, manquer à la mémoire de cet honorable maître si nous ne vous rappelions que, dans le cours de sa carrière, il ne laissa point échapper l'occasion de signaler plus d'une injustice à l'autorité civile et militaire.....

» A ceux donc assez ingrats pour méconnaître désormais nos services et ne point apprécier notre dévouement ; à ceux assez peu généreux pour nous demander encore des garanties, nous déroulons avec orgueil le registre déjà poudreux des noms qui ont honoré la chirurgie militaire ; à côté des noms qui, comme ceux des Ambroise Paré et des Percy, ont reçu la consécration du temps, nous proclamons ceux que la mort a récemment détachés de nous sans les enlever à nos annales ni surtout à nos cœurs, les Desgenettes, les Broussais, les Antonini et les Larrey ; pertes irréparables qui se sont accumulées avec une fatale rapidité et que nous ne cesserons de déplorer.

» Hélas! mes chers camarades, il nous faut bien serrer nos rangs pour remplir ces larges

vides qui viennent d'être creusés au milieu de nous : talents, vertus, gloire, génie, la mort n'a rien épargné, et le corps de la médecine militaire a commencé depuis six ans bientôt un deuil qui semble ne pouvoir finir.....

» Salut donc encore une fois à vos ombres vénérées ! Respect à vos mémoires ! Honneur aux longs travaux de votre honorable vie ! Mais, en ce jour surtout, adieu à vous, maître et collègue vénéré ! Puisse votre fin prématurée appeler sur nous l'attention de l'administration d'ailleurs si bienveillante de nos jours, afin que désormais elle ne confie plus à un seul un travail qui, rempli consciencieusement, suffirait presque toujours pour compromettre, sinon l'existence, au moins la santé de plusieurs, surtout s'ils comptent déjà plus d'un demi-siècle, et s'ils ne sont pas habitués encore au climat énervant de l'Algérie.

» Adieu donc, maître chéri, homme de bien et le meilleur des pères ! pour la dernière fois, adieu ! que la terre te soit légère !!! »

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Explication des planches de l'atlas.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Histologie (1).

PLANCHE I.

FIGURE 1.

Parties élémentaires des liquides et des solides.

Œuf de truie. — *a*, chorion ; *b*, déchirure de ce chorion ; *c*, cellules du disque proligère ou de la membrane granuleuse ; *d*, *d*, *d*, granulations vitellines ; *e*, vésicule proligère. (Grossissement, 220 fois.)

Cette figure, que nous avons reproduite d'après Henle, nous montre le commencement de la formation cellulaire, d'où procédera plus tard tout l'organisme. La cellule primitive s'y présente à différents degrés d'évolution, avec ou sans noyaux. C'est dans le disque proligère ou la membrane granuleuse que la formation est le plus avancée : là, se voient distinctement les nucléoles et les noyaux autour desquels s'est développée la paroi cellulaire.

FIGURE 2.

Spermatozoaires et globules du sperme. (Grossissement, 410 et 700 fois.) (Henle.)

On distingue les spermatozoaires de l'homme à leur longue queue, à leur corps ovalaire et transparent au milieu. Les globules, qui sont très probablement les véritables éléments organiques du sperme, sont granuleux comme les grains polliniques des végétaux.

FIGURE 3.

Corpuscules du mucus buccal. (Henle.)

On voit en *a* la cellule à l'état frais, en *b* la cellule après le traitement par l'acide acétique, la membrane d'enveloppe devenue transparente laissant entrevoir le noyau. En *c* et en *e* le noyau s'est divisé en deux ou trois granules élémentaires. En *d* l'enveloppe est complètement dissoute.

FIGURE 4.

Analogies des globules du pus et du mucus avec les cellules épidermoïdes, d'après Henle.

Dans la théorie ingénieuse de l'anatomiste allemand, les globules du pus et du mucus ne seraient que des cellules épidermiques non transformées. On voit en *a* les couches stratifiées des cellules de l'épithélium. En *b*, les cellules ou corpuscules rejetés à la surface de l'épithélium à l'état de mucus. En *c*, ces cellules avec leurs noyaux et leurs nucléoles.

FIGURE 5.

Globules du lait, d'après M. Donné.

Ces globules, vus à différents degrés de développement, se distinguent à leur forme exactement sphérique et à leur contour foncé qui décèle leur nature oléagineuse.

FIGURE 6.

Transformation des globules du lait en un végétal microscopique, *Penicillium glaucum*, d'après Ch. Turpin.

Il y a dans cette transformation tout un monde ; elle nous fait voir que toute création commence par la forme végétale, comme la plus simple et se rapprochant le plus du type primaire, la cellule. Sans doute c'est ainsi que s'est ouverte la scène de la création qui nous entoure, et dont nous-mêmes nous sommes le complément, l'expression la plus sublime. La loi de l'unité de plan du monde organisé se trahit donc ici de la manière la plus manifeste.

FIGURE 7.

Corpuscules du chyle et globules graisseux de ce fluide.

Ces corpuscules ne sont probablement que de simples noyaux de cellules. On peut les considérer comme le commencement, l'ébauche des globules du sang, auxquels il manque encore l'enveloppe kysteuse et la couche pigmentaire.

FIGURE 8.

Globules du sang d'après Dumas et Prévost.

Cette figure sert à éclairer l'organisation de ces globules. On voit en *a* un globule de salamandre, grossi 1000 fois : l'enveloppe déchirée laisse entrevoir le noyau ; l'intervalle compris entre ce dernier et la poche kysteuse est rempli par la matière colorante, sous la forme d'un pigment grenu ; *b* représente le globule de la grenouille, vu de côté ; *c* le globule de la chèvre et de l'homme.

(1) Ἱστὸς, tissu, λόγος, discours.

FIGURE 9.

Corpuscules de la lymphe dans le sang.

Ces corpuscules se distinguent des globules du sang par l'absence ou l'état incomplet de la couche pigmentaire. Il est probable qu'ils sont amenés dans le torrent sanguin par les voies anastomotiques qui existent entre les deux systèmes, notamment dans les ganglions.

FIGURE 10.

Globules du perroquet.

FIGURE 11.

Globules du dromadaire.

Ces globules, par leur forme ovalaire, établissent, dans l'ordre des mammifères, une exception qui les rapproche de ceux des oiseaux.

FIGURE 12.

Globules de la grenouille.

Par leur volume considérable, ces globules se prêtent le mieux aux investigations microscopiques. On peut facilement les séparer du liquide du sang en filtrant ce dernier. On les obtient ainsi isolés et intacts sur le filtre, sauf leur matière colorante, qui est dissoute et entraînée avec le sérum.

FIGURE 13.

Globules de la carpe.

FIGURE 14.

Globules de l'éléphant.

FIGURE 15.

Cristaux du sucre de lait, d'après Vogel.

FIGURE 16.

Cristal de phosphate ammoniaco-magnésien bibasique, d'après Vigla.

FIGURE 17.

Cristal d'acide urique précipité.

FIGURE 18.

Cristal de phosphate ammoniaco-magnésien neutre.

FIGURE 19.

Cristal de phosphate ammoniaco-magnésien bibasique, d'après Rayer.

FIGURE 20.

Cellules d'epithelium de la tunique péritonéale de la paroi antérieure du bas-ventre.— *a*, cellule; *b*, noyau; *c*, nucléole (Henle).

FIGURE 21.

Globules de la face antérieure de la rétine du lapin.—*a*, noyau; *b*, cellule (Henle).

Nous reproduisons ici cette figure afin de faire voir que la formation de la cellule est constamment la même dans quelque tissu, dans quelque animal qu'on l'observe. Sa forme primitive, exactement arrondie, se trouve modifiée par la manière dont les corpuscules sont pressés les uns contre les autres. Il faut se garder de considérer ces différences, tout accidentelles, comme natives, et ne pas les confondre avec les modifications que les cellules subissent dans leur type en se développant.

FIGURE 22.

Membrane de Jacob d'un lapin blanc, vue par la face externe (Henle).

Cette membrane, hyaline, est composée de cellules simples; elle appartient au système séreux dont elle nous représente la couche cornée ou épithéliale.

FIGURE 23.

Pigment grenu de la face antérieure de la choroïde; *a*, cellule; *b*, noyau.

Dans ces cellules, comme dans celles du sang, le pigment est un dépôt secondaire qu'il importe de ne pas confondre avec le noyau, point de formation de la cellule, et qui disparaît plus tard.

FIGURE 24.

Cylindres vibratiles de la membrane muqueuse nasale de la brebis (Henle).

Ces cellules se distinguent par leur forme cylindrique ou conique et par les cils qui surmontent leur base.

FIGURE 25.

Cylindres d'épithelium de l'intestin du lapin.

Ces cellules, de forme conique, sont engagées par leur sommet dans les tissus qu'elles recouvrent, de manière que, vues par dessus, elles peuvent en imposer pour des cellules en pavement.

FIGURE 26.

Cellules étoilées.

Nous avons fait figurer ici ces cellules qui, selon M. Schwann, donnent lieu à la formation des vaisseaux capillaires.

FIGURE 27.

Corpuscules des os.

Ces corpuscules sont de véritables cellules qui sécrètent, en dépôt secondaire, la matière calcaire, qu'elles distribuent dans le parenchyme des os par leurs nombreuses ramifications.

FIGURE 28.

Fibres du tissu cellulaire, prises d'un point de l'arachnoïde.

Ces fibres ne sont point primitives; elles sont le résultat de transformations de cellules. Leur disposition ondulée indique leur élasticité, source première de l'espèce de locomotion qu'elles éprouvent. Ramassées en faisceaux irrégulièrement croisés, et en masses plus ou moins considérables, elles ne forment jamais de lamelles, comme on l'avait prétendu jusqu'ici; les intervalles qu'elles circonscrivent constituent des espèces de cellules irrégulières, communiquant toutes entre elles dans le tissu cellulaire général, et renfermant çà et là les vésicules ou les cellules adipeuses.

FIGURE 29.

Cellules adipeuses provenant de l'orbite, grossies 220 fois. (Henle.)

Sur l'une des cellules on voit des espèces de ramescences dues à des cristaux de stéarine.

FIGURE 30.

Fibres élastiques provenant des ligaments jaunes, grossies 410 fois.

On reconnaît ces fibres à leur forme arquée. Leur grande élasticité dépend en partie de cette

forme ainsi que de leur nature chimique, qui semble en faire une espèce d'ivoire hydraté.

PLANCHE II.

FIGURE 1.

Parties élémentaires des solides.

Fibres nerveuses primitives et globules des ganglions, d'après Valentin.

On voit la manière dont les fibres nerveuses primitives sont disposées par rapport aux globules des ganglions. Ceux-ci sont entrelacés par ces fibres et adhèrent simplement à leurs parois sans se continuer avec elles. De cet entrelacement résultent les ganglions dont la substance grise, formée de globules, remplit les interstices des fibres blanches. Du tissu cellulaire et un grand nombre de vaisseaux sanguins complètent l'appareil.

FIGURE 2.

Figure théorique servant à indiquer comment les fibres nerveuses primitives entourent les ganglions.

Les deux intervalles elliptiques vides indiquent la place des corpuscules. Les fibres nerveuses les entourent sans interrompre leur trajet.

FIGURE 3.

Entrelacements des fibres du tissu cellulaire autour des globules des ganglions. Formes différentes de ces globules.

FIGURE 4.

Structure des fibres nerveuses primitives.

On remarque dans ces fibres : 1° la membrane scléreuse qui leur sert d'enveloppe; 2° une couche de matière grasse appliquée à la face interne de l'enveloppe et se distinguant par son contour foncé ; 3° la substance nerveuse propre (*neurine*). Les fibres cylindriques appartiennent aux nerfs, les variqueuses au cerveau.

FIGURE 5.

Anses terminales des fibres nerveuses primitives.

Ce mode de terminaison semble être propre à tous les nerfs et s'accorde du reste avec les usages dévolus à ces organes, d'être de simples conducteurs soit du sentiment, soit du mouvement.

FIGURE 6.

Plexus nerveux.

On voit que les fibres nerveuses ne font que s'accoler sans se réunir, disposition importante pour la physiologie.

FIGURE 7.

Terminaison d'un nerf dans le corps d'un muscle.

On voit que les anses constituent ici également un mode de terminaison constant.

FIGURE 8.

Retour périphérique des fibres du cerveau.

On voit que ce retour a lieu sans interruption, contrairement à l'opinion de Gall qui faisait des fibres convergentes un système distinct des fibres divergentes.

FIGURES 9 à 14.

Injections vasculaires vues au microscope. (Grossissement, 90 fois.) (Lieberkuhn.)

FIGURE 9.

Vaisseaux capillaires de la langue.

FIGURE 10.

Vaisseaux capillaires de la peau du bras.

FIGURE 11.

Vaisseaux capillaires de la membrane de Schneider.

FIGURE 12.

Vaisseaux capillaires du périoste de la dent.

FIGURE 13.

Vaisseaux capillaires de la membrane muqueuse de l'œsophage.

FIGURE 14.

Réseau d'origine des lymphatiques dans la peau, d'après une préparation du Musée anatomique de l'Université de Gand.

Cette figure donne une idée exacte de la manière dont naissent les lymphatiques. En *a* ce sont encore de simples cellules, communiquant toutes entre elles. En *b* les capillaires s'en détachent ; ceux-ci forment des troncs en *c*, qu'on reconnaît à leurs valvules.

FIGURE 15.

Valvules du canal thoracique.

FIGURE 16.

Ganglion lymphatique de la région inguinale, injecté avec du mercure, pour faire voir la distribution et l'entrelacement des vaisseaux afférents et efférents.

FIGURE 17.

Faisceaux musculaires primitifs.

Ces faisceaux sont représentés à différents degrés de contraction. En *a* on y observe de faibles stries longitudinales et, de distance en distance, des stries transversales résultant d'un commencement de contraction. Quelques noyaux de cellules indiquent l'état primitif des fibres. En *b* le faisceau est plissé en zigzag ; en *c* le plissement est plus marqué encore ; en *d* le faisceau est ramassé sur lui-même, de manière à paraître composé de petites plaques transversales ; en *e* on voit que le faisceau est formé d'un axe de fibres charnues, autour duquel règne un fil celluleux en spirale. Cette disposition explique le mécanisme de la contraction musculaire.

FIGURE 18.

Faisceau celluleux élastique.

Ce faisceau, pris dans le tendon du palmaire grêle d'un enfant nouveau-né, est également entouré d'un fil spiral qui rend compte de son élasticité. On y voit çà et là des noyaux de cellules.

FIGURE 19.

Corpuscules cartilagineux.

FIGURE 20.

Corpuscules et fibres du tissu fibro-cartilagineux.

FIGURES 21, 22.

Lamelles très minces du fémur, vues au microscope.

FIN.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — DÉCEMBRE 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉRARD.

Entérite pseudo-membraneuse. — Utilité du nitrate d'argent.

Un certain nombre d'observations ont mis hors de doute l'existence de la diphthérite de la partie inférieure de la muqueuse digestive. Ces faits ont été néanmoins trop rares jusqu'à ce jour pour que ceux qui les ont signalés, MM. Andral et Bretonneau, entre autres, aient pu en tracer l'histoire. On ne la reconnaît donc ordinairement que lors de l'expulsion des fausses membranes mélangées avec les évacuations alvines.

Un cas de ce genre s'est dernièrement présenté dans le service de M. Guérard chez une femme de 46 ans. Elle a rendu pendant plusieurs jours de fausses membranes par le rectum. Comme il n'y avait qu'un léger mouvement fébrile, M. Guérard s'est borné à l'emploi de quelques légers laxatifs et des émollients. Ce cas mériterait donc à peine d'être mentionné si, à son occasion, M. Guérard n'avait rappelé des faits de même nature, mais beaucoup plus graves, qu'il a traités avec succès par les lavements avec la solution de nitrate d'argent. La période d'acuité ne lui paraît pas être une contre-indication à l'emploi de cette méthode.

La terminaison fâcheuse d'une de ces diphthérites du gros intestin l'a mis à même de juger de l'utilité du nitrate d'argent dans cette affection. Il traita, il y a quelques mois, une dame atteinte d'entérite pseudo-membraneuse. Les lavements au nitrate d'argent produisirent d'abord quelque amélioration ; mais celle-ci ne se maintint pas et la malade succomba. Il trouva à l'autopsie des ulcérations et des plaques diphthéritiques nombreuses dans le cœcum, le colon ascendant et le transverse. L'S iliaque et le rectum étaient exempts de ces ulcérations dont ils ne présentaient plus que les cicatrices. Si les lavements avaient pu monter plus haut, il y a toute probabilité que la malade eût été sauvée.

Depuis lors, M. Guérard a modifié sa formule des lavements au nitrate d'argent. Afin d'atteindre le mal jusque dans ses dernières limites, il porte la quantité du liquide jusqu'à quatre litres, de manière que l'intestin se trouve rempli jusqu'à la valvule iléo-cœcale. La fatigue que les malades éprouvent n'est pas à mettre en parallèle avec les avantages qu'ils en peuvent retirer. Le lavement est préparé de la manière suivante. La seringue est remplie presque jusqu'en haut avec une forte décoction de guimauve. Une solution de 50 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée est mise dans l'espace laissé vide ; on pose la canule et l'on administre promptement le lavement. La solution caustique poussée la première modifie la surface intestinale qui est ensuite lavée par la décoction de guimauve.

Moyen pour enlever sur la peau les taches de nitrate d'argent. — Quoique ce ne soit pas là, à proprement parler, un fait de clinique médicale, comme ce moyen, indiqué pour la première fois par M. Guérard, peut être utile dans la pratique, nous le mentionnerons ici en passant.

M. Guérard a observé que les taches de nitrate d'argent à la peau s'enlèvent rapidement lorsqu'on les mouille plusieurs fois avec une solution aqueuse d'iodure de potassium et qu'ensuite on expose les parties à la lumière diffuse. Le nitrate est à l'instant converti en iodure d'argent qui est blanc et beaucoup moins tenace.

On a eu récemment l'occasion d'expérimenter ce moyen. Une jeune femme du service de M. Blandin, à laquelle on avait prescrit un collyre fortement chargé de nitrate d'argent, a eu les paupières et les joues barbouillées de noir. Comme elle était pressée de sortir de l'hôpital, elle ne savait comment faire pour cacher la difformité passagère dont elle était atteinte. D'après le conseil de M. Guérard, les taches ont été plusieurs fois fomentées avec la solution d'iodure de potassium et la femme est restée longtemps assise près d'une fenêtre. Le lendemain, les taches avaient disparu.

L'iodure de potassium a été employé avec succès en Angleterre chez les individus dont la cornée avait pris une teinte olivâtre par suite de l'usage prolongé du nitrate d'argent. M. Guérard pense que l'iodure de potassium, administré à l'intérieur, pourrait faire disparaître la couleur noirâtre de la peau chez ceux qui ont longtemps pris le nitrate d'argent.

Mais c'est là une pure théorie que la pratique n'a pas encore justifiée, qu'elle a même déjà contredite. Peut-être n'en serait-il pas de même des bains iodurés. L'iodure, dans ce cas, se trouverait en contact plus direct avec le derme qu'administré par la voie de la muqueuse digestive.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

De la scammonée.

M. Rayer se livre depuis quelque temps à des recherches cliniques intéressantes sur ce purgatif, peu connu, par conséquent peu employé, et qui cependant mériterait de l'être, dans la médecine des pauvres surtout, à cause de son bon marché et de la facilité de son administration.

Voici ce qu'on lit dans les auteurs à l'article scammonée : purgatif *drastique*, *hydragogue*, convenant principalement dans les cas d'anasarque ou d'autres hydropisies passives, etc. Voyons si les résultats cliniques concordent avec ces données.

Si, par l'expression drastique, on entend purgation violente, il y a *erreur* dans cette appréciation des effets de la scammonée. Loin d'en éprouver le moindre accident, les malades n'ont accusé que de faibles coliques, moindres que celles que quelques-uns d'entre eux se rappelaient avoir éprouvées avec l'eau de Sedlitz (1). Un certain nombre d'entre eux seulement ont eu un peu de ténesme à la suite des évacuations.

Voici à quelles doses et dans quelles conditions la scammonée a été administrée.

M. Rayer l'a prescrite indifféremment à tous les malades atteints de constipation ou chez lesquels il y avait indication d'évacuer l'intestin. Seulement, lorsqu'il ne s'agissait que de faciliter les selles, la dose n'a été que de 20 centigrammes. Chez les autres elle a été de 1 gramme à 1 gramme et demi. La scammonée fournie par la pharmacie centrale des hôpitaux est celle d'Alep, la plus renommée comme belle sorte dans le commerce, quoiqu'à vrai dire il ne soit pas prouvé que celle de Smyrne lui soit inférieure sous le point de vue thérapeutique. M. Rayer fait prendre la scammonée en poudre en une seule prise, enveloppée de pain azyme. La sœur de service l'administrait elle-même aux malades à quatre heures du matin. Ils la prenaient plus volontiers que l'eau de Sedlitz ; car, ainsi ingérée, elle n'avait aucun goût et ne pesait pas sur l'estomac.

Chez presque tous, le remède a produit de deux à sept selles dans l'espace de trois ou quatre heures. Ceux qui n'en prenaient que 20 centigrammes en obtenaient deux selles. Deux ou trois individus n'ont obtenu aucun effet purgatif ; comme on leur avait fait prendre du bouillon aux herbes, on a pensé que c'était peut-être cet adjuvant populaire qui avait contrarié l'effet du médicament.

(1) Il y a eu des moments cet été où l'eau de Sedlitz des hôpitaux était réellement imbuvable à cause de sa saveur caustique.

Lors du moment de la visite, la scammonée avait d'ordinaire épuisé son action. M. Rayer se faisait présenter les matières évacuées pour s'assurer si la scammonée jouit des propriétés hydragogues que les auteurs lui ont attribuées. Il n'a pas remarqué que les selles fussent plus séreuses qu'avec les autres purgatifs ; elles étaient colorées en jaune par de la bile, ce qui tendrait à faire plutôt ranger la scammonée parmi les cholagogues. Voulant vérifier enfin si, indépendamment de toute idée théorique, la scammonée convient spécialement dans l'anasarque et les hydropisies, ainsi que l'ont avancé les auteurs, il l'a administrée à des individus atteints d'hydropisies se liant à des affections organiques. Il n'en a pas retiré d'avantage plus marqué qu'avec les autres purgatifs.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique.

Nous avons, dans notre numéro de juillet dernier, donné les conclusions d'un mémoire intéressant de M. Foucart sur l'arthrite blennorrhagique. L'auteur pense que, dans les cas de cette espèce où les mercuriaux ont été employés avec succès, c'est plutôt aux propriétés résolutives de ces derniers qu'à leur vertu spécifique qu'il en faut faire honneur. Nous avons observé dans le service de M. Rayer quelques cas d'arthrite blennorrhagique où les mercuriaux, employés sous diverses formes, ont réussi, de sorte qu'il est difficile de savoir s'ils ont agi exclusivement d'une manière ou d'une autre. Nous nous bornerons donc à noter qu'ils ont guéri.

Obs.—Un des malades de M. Rayer était un homme de 29 ans qui avait contracté une blennorrhagie à la suite d'un coït suspect. L'écoulement se supprima brusquement sans cause connue au bout de dix à douze jours, et le malade fut presque immédiatement pris de douleur vive et de tuméfaction à l'épaule gauche. Le malade entra à la Charité un mois environ après l'invasion de cette nouvelle forme morbide. La blennorrhagie était restée complètement supprimée ; tout mouvement de l'articulation scapulo-humérale était impossible. M. Rayer, pensant avoir affaire à une arthrite d'une forme toute spéciale, due à la répercussion de l'écoulement, attaqua vivement le mal au moyen de quatre cautères à la potasse sur l'épaule et fit faire des fumigations de cinnabre autour de cette épaule. Il administrait en même temps à l'intérieur les pilules de Sédillot et la tisane de salsepareille, ce qui est le traitement ordinaire qu'il oppose à la maladie vénérienne. Au bout de six semaines de ce traitement, les douleurs étaient dissipées, les mouvements s'effectuaient facilement ; l'écoulement n'avait point reparu. Le malade sortit guéri.

Par une étrange coïncidence, M. Rayer a eu presque en même temps dans son service trois autres malades atteints d'arthrites chroniques consécutives à des blennorrhagies supprimées. L'un d'eux, à la suite de la cessation

d'un écoulement uréthral datant de quinze jours, avait été subitement pris d'un gonflement douloureux du genou avec un léger degré d'hydarthrose. L'autre genou n'avait pas tardé à se prendre, et à leur suite les deux articulations scapulo-humérales. Les fumigations de cinnabre, la tisane de salsepareille et les pilules de Sédillot en ont également eu raison. Il en a été de même chez deux femmes dont l'une était affectée d'arthrite blennorrhagique du coude avec rétraction de l'avant-bras, survenue dans le cours d'une vaginite. L'autre femme avait eu, à la suite de plusieurs écoulements du vagin, presque toutes les articulations des membres, tant grandes que petites, successivement prises, mais passagèrement, à un degré moins intense que chez le premier malade qui n'avait qu'une articulation atteinte.

II. Clinique chirurgicale.

CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des injections iodées.—Leur utilité dans l'hydrocèle compliquée de tuberculisation du testicule.—Il faut laisser le temps à la résolution de s'opérer même dans l'hydrocèle simple.

La question des injections iodées, qui a soulevé de si vives discussions à l'Académie de médecine au commencement de cette année, tend à se résoudre pratiquement en faveur de ce nouveau moyen thérapeutique.

Leur efficacité dans les cas d'hydrocèle simple est décidément un fait hors de doute et qui a été accepté dans quelques services chirurgicaux de Montpellier, où l'on sait pourtant que l'enthousiasme pour les nouveautés n'est généralement pas très prompt à se manifester. On commence à ne plus tant craindre les prétendus accidents attribués à l'iode. Reste seulement, pour beaucoup de praticiens encore, à décider laquelle des deux méthodes, celle des injections vineuses et celle des injections iodées, compte les succès les plus constants. Nous croyons qu'il faut à cet égard se tenir en garde contre les exagérations qui ont été portées fort loin de chaque côté, et que la pratique, aidée du temps, en décidera à l'insu, pour ainsi dire, des deux camps ennemis. A quoi bon d'ailleurs se passionner pour une question qui n'est, après tout, que de second ordre? On serait si heureux, dans une foule d'autres maladies, d'avoir, non pas deux excellents moyens de traitement comme pour l'hydrocèle, mais même un seul.

Nous ne voulons cependant pas dire qu'il n'y ait pas une des deux méthodes qui mérite la préférence, et que l'on doive rester absolument indifférent. Beaucoup de faits militent en faveur des injections iodées, et M. Velpeau vient de s'assurer, par une douzaine d'expériences cliniques, que ces injections sont encore un bon moyen de traitement lorsque l'hydrocèle est compliquée de testicule tuberculeux. Récemment encore un malade atteint d'une hydrocèle avec affection tuberculeuse du testicule a été traité par l'injection iodée comme si l'hydrocèle eût été simple, et il a guéri. M. Velpeau ne pense pas, toutefois, qu'une douzaine de faits de ce genre qu'il a eu occasion d'observer suffisent pour proclamer que l'injection iodée guérira toutes les tuberculisations du testicule. Mais il est toujours heureux pour le médecin d'avoir à offrir à un malade atteint d'une affection de ce genre un mode de traitement qui compte déjà d'assez nombreux succès. Il paraîtra sans doute singulier, lorsqu'on considère l'hydrocèle qui survient avec un testicule tuberculeux comme l'effet de la tuberculisation, de prétendre combattre efficacement la cause en s'attaquant à l'effet; mais qu'importe que cela soit illogique si l'on guérit le malade? Or, c'est ce qui est souvent arrivé.

Revenons maintenant à une particularité du traitement de l'hydrocèle qui peut, d'ailleurs, se rencontrer également dans celui de l'hydrocèle compliquée, et qui mérite d'être prise en considération par ceux qui emploieront la nouvelle méthode. Il en a été déjà dit quelques mots lors de la discussion à l'Académie de médecine. Cependant, il n'est pas mal d'y revenir, les méditations de la pratique profitant toujours mieux à l'art que les raisonnements d'une théorie souvent passionnée.

La plus forte objection que l'on ait faite aux injections iodées, objection sur laquelle ses partisans ont en quelque sorte passé condamnation, c'est la fréquence de la récidive et la nécessité où se sont crus quelques chirurgiens de faire une seconde opération dans le courant du mois qui a suivi la première. Ainsi, lors de la discussion, on a insisté sur ce fait que M. Fricke a été obligé de recommencer l'opération au bout de *quatorze jours*. Mais qui ne sait qu'il était impossible que la résolution se fût opérée à un aussi court intervalle de l'opération? Il est vrai que l'hydrocèle opérée par la ponction et l'injection iodée disparaît d'ordinaire complètement après le 15e ou le 20e jour; mais il n'est pas rare de voir la tumeur, après avoir diminué, se remettre à augmenter, puis rester stationnaire pendant un certain temps et finir néanmoins par disparaître.

M. Velpeau avoue être lui-même tombé dans la même erreur que les adversaires des injections iodées. Il se reproche aujourd'hui d'avoir autrefois réopéré un malade au 27e jour. Il a la conviction que cette seconde opération était inutile, et cette conviction lui vient du fait suivant. Un autre malade, qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions apparentes d'insuccès que celui-ci, après la ponction et l'injection iodée, devait être soumis une seconde fois à la même opération. Cette opération fut ajournée par la nécessité où se trouva

le malade de faire un petit voyage. Quand il revint, il était guéri.

M. Velpeau a encore observé, dans sa pratique de la ville, un autre fait non moins concluant. Un monsieur, habitant près de la barrière de Fontainebleau, portait une hydrocèle de la grosseur de la tête. Cette énorme tumeur avait été froissée; il en était résulté un épanchement de sang et une infiltration dans le scrotum. La ponction livra issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente; il resta toutefois un gros caillot sanguin près de la verge. L'injection fut faite; elle ne causa aucune douleur. Mais la tumeur reprit bientôt son volume primitif, quoique sans manifestation de symptômes inflammatoires. Au bout de trois semaines de *statu quo*, le malade et le médecin ordinaire commencèrent à désespérer de la guérison. Quelque temps après ils parlèrent d'une seconde opération; mais M. Velpeau, mieux renseigné par l'observation du cas précédent, et croyant d'ailleurs remarquer un commencement de diminution dans la tumeur, leur conseilla de patienter. Il perdit ensuite le malade de vue; mais au bout de plusieurs mois il le revit parfaitement guéri.

Ainsi, bien que la résolution ait généralement lieu au bout de quinze à vingt jours, il faut savoir user de patience dans les cas exceptionnels où elle demande un temps plus long et ne pas trop se presser de réopérer.

Maladies de l'oreille.

III. Mémoire et observations pratiques sur les écoulements d'oreilles.

On se préoccupe d'abord, et à bon droit, dans les études médicales, de connaître les maladies qui attaquent les organes essentiels, les lésions qui menacent directement l'existence. Ce n'est que plus tard, lorsqu'il a déjà acquis l'habitude d'observer celles-ci, que l'élève cherche à se rendre compte des affections d'une moindre gravité. — On peut ranger parmi ces dernières les maladies des yeux et de la peau qui, abandonnées autrefois à l'empirisme et aux soins de personnes le plus souvent étrangères à la médecine, font aujourd'hui partie des données scientifiques que le jeune médecin doit acquérir. Nul ne quitte, en effet, le théâtre de ses études sans posséder, au moins comme complément, des notions positives sur ces diverses branches de l'art médical, et rien n'a été négligé pour faciliter à l'élève ce genre de recherches. De nombreuses cliniques lui sont ouvertes et des professeurs habiles y développent chaque jour la théorie et y enseignent la pratique de ces diverses affections. Les ouvrages *ex professo* ne font pas non plus défaut. Chaque maître fait le sien, et la plupart sont enrichis de gravures et de planches qui rendent facile, même aux personnes étrangères à la médecine, l'étude des maladies qui y sont représentées.

Le rôle important que remplissent chez l'homme les sens de la vue et du toucher explique suffisamment l'importance que l'on attache à leur conservation. Mais on ne saurait comprendre de même les motifs qui ont fait si longtemps négliger et qui font encore négliger, de nos jours, l'étude des maladies de l'organe auditif. Personne n'ignore cependant que si c'est à l'œil, aidé du tact, que l'homme doit la plupart des notions physiques, c'est par l'oreille que lui sont transmises les notions spirituelles et morales; car si l'œil est, selon les anciens, *la porte du corps*, l'oreille est *la porte de l'âme*.

Je ne rapporterai pas les nombreuses erreurs de diagnostic otologique que l'on commet chaque jour, non plus que les traitements empiriques qui en sont la conséquence; c'est un sujet qui m'entraînerait trop loin. Je me bornerai à constater un fait que n'ignore aucun de mes confrères : c'est que, pour la plupart, nous terminons nos études médicales sans avoir appris à explorer l'oreille, quelquefois même sans avoir touché l'instrument qui sert à cet objet. De cette lacune regrettable dans l'enseignement a pris naissance le préjugé, si répandu dans le monde et partagé même par des médecins, que la surdité est incurable. Cette croyance, chaque jour funeste à de nouveaux malades qu'elle empêche de réclamer à temps les secours de l'art, ne repose pourtant sur aucun fondement solide. Les maladies de l'oreille ne sont pas, en réalité, plus réfractaires à l'action d'une thérapeutique éclairée que celles de l'œil ou de tout autre organe. Mais, de même que les affections oculaires de quelque gravité empirent et deviennent incurables quand on les abandonne tout-à-fait à elles-mêmes, ainsi les lésions de l'oreille ne guérissent qu'exceptionnellement par le seul bénéfice de la nature. Plus rarement encore les efforts d'une médecine rationnelle restent complètement inutiles quand ils sont appliqués en temps opportun.

Les maladies qui donnent lieu aux flux d'oreilles sont aussi variées que la nature même de l'écoulement qu'elles provoquent. L'objet que je me propose dans ce travail, c'est d'exposer le diagnostic spécial et différentiel de ces lésions pathologiques, d'en rechercher les causes; d'étudier leur marche, leur durée et les autres circonstances qui s'y rattachent, et enfin de tirer de ces données diverses les indications curatives applicables à chaque cas.

Du diagnostic spécial et différentiel des écoulements d'oreilles; causes, marche et durée.

L'écoulement d'oreilles n'est point, à proprement parler, une maladie, non plus que l'écoulement lacrymal; mais, ainsi que ce dernier, il accuse une maladie dont il constitue souvent le principal et le plus grave symptôme. Une foule de lésions, de nature et de siége les plus divers, peuvent donner lieu à l'écoulement des oreilles. Des fractures du temporal ou même des os voisins, la carie du

rocher, la perforation de la membrane du tympan, la présence de corps étrangers dans le conduit auditif, la phlogose de ses parois, etc., etc., toutes ces affections le provoquent également. Ce flux, à son tour, n'offre pas de moins nombreuses variétés eu égard à sa nature, à sa quantité, à sa consistance et aux autres propriétés que l'on y rencontre.

Quels que soient, d'ailleurs, la cause et le caractère des écoulements d'oreilles, ils sont toujours accompagnés d'une diminution plus ou moins notable de l'ouïe, et il importe, avant tout, de la constater. On s'exposerait à de graves mécomptes si l'on s'en rapportait au témoignage des malades sur ce sujet. Rien n'est plus rare chez eux que l'appréciation exacte de leur infirmité. Quelques-uns l'exagèrent; mais la plupart se font illusion à leur avantage. C'est en approchant une montre de l'oreille, et en l'éloignant graduellement jusqu'à ce que le malade cesse d'entendre, que l'on obtient la mesure que l'on recherche. On la note, et, si l'écoulement est borné à un organe, on trouve une différence notable entre sa portée auditive et celle de son congénère. Si les deux organes sont affectés en même temps, on constate encore, assez ordinairement, une différence dans leur sensibilité respective. Dans tous les cas, on obtient la mesure exacte de la perte éprouvée en comparant la portée moyenne de l'audition du malade avec la même faculté chez des sujets sains.

Un autre phénomène accompagne presque toujours la dysécie, c'est l'apparition de bourdonnements de diverses sortes. Ils sont rarement continus; mais ils s'exaspèrent à mesure que la surdité augmente.

Bien que les flux d'oreilles puissent exister chez des sujets de tout âge, ils sont néanmoins plus communs chez les enfants; et tous les auteurs ont reconnu que le tempérament lymphatique y prédispose. Quant à leur origine, ils peuvent, comme je l'ai déjà dit, avoir leur source dans le conduit auditif lui-même ou dans une partie plus ou moins voisine. Ils remplacent un écoulement, soit normal, soit morbide; ou encore ils apparaissent avec les caractères de phénomènes critiques jugeant certaines maladies graves. Ces distinctions, fondées sur le siége et sur le caractère des écoulements auriculaires, me serviront pour les diviser en trois classes, auxquelles viendront se rattacher les diverses espèces ou variétés. J'exposerai donc successivement le diagnostic des écoulements *idiopathiques* de l'oreille, des écoulements *symptomatiques*, et enfin celui des flux *substitutifs* et *critiques*. De cette division sortiront les principales indications relatives au pronostic et au traitement.

A. Des écoulements d'oreilles qui ont leur source dans le conduit auditif lui-même, ou *écoulements idiopathiques*.

Le diagnostic des flux idiopathiques de l'oreille est en général facile; et il suffit, le plus souvent, d'explorer avec soin l'organe lésé pour en reconnaître la source. Il existe néanmoins quelques cas où les difficultés diagnostiques sont nombreuses et même presque insurmontables. Mais ces cas sont heureusement fort rares et peuvent être regardés comme tout-à-fait exceptionnels.

1° L'écoulement auriculaire que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique est dû à l'affection que les auteurs désignent sous les noms de catarrhe externe de l'oreille, flux muqueux, otite, etc., et que j'ai décrite, à l'exemple des Allemands, sous le titre d'*otorrhée* (Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille). C'est surtout chez les enfants et chez les sujets faibles et débilités que l'on observe cet écoulement. La constitution lymphatique, les idiosyncrasies scrofuleuse et herpétique, ainsi que l'habitation dans les lieux bas et humides, y prédisposent. Les grandes pertes de fluides nourriciers et les convalescences longues et pénibles sont aussi des circonstances favorables à son apparition, qui a lieu presque toujours par l'action du froid et de l'humidité.

Un écoulement de matière séro-purulente forme le caractère le plus saillant de l'otorrhée. Cet écoulement, qui augmente toujours sous l'influence du refroidissement, diminue, au contraire, dans les circonstances favorables de température; et ces alternatives d'augmentation et de diminution du flux morbide se reproduisent, pour ainsi dire, chaque jour, chez certains malades. La suppuration, séreuse et limpide à l'origine de la maladie, prend de la consistance et diminue graduellement à mesure, que la guérison s'opère. L'odeur, qui est nulle les premiers jours, se prononce dans la suite et acquiert, dans quelques circonstances, une fétidité repoussante.

L'otorrhée parcourt quelquefois toutes ses périodes sans occasionner de douleurs; mais quelquefois aussi elle détermine de vives souffrances qui, de l'oreille, s'étendent aux parties voisines et sont exaspérées par les mouvements des mâchoires. Le plus ordinairement le conduit auditif est le siége d'une démangeaison qui devient douloureuse chaque fois que l'écoulement diminue ou se supprime.

La marche de l'otorrhée est essentiellement lente et sa durée indéfinie. Rien n'est plus fréquent que les exacerbations et les récidives qui, comme je l'ai dit, ont presque toujours lieu à l'occasion d'un refroidissement général ou partiel du corps.

2° L'*otite externe* est encore une affection qu'accompagne, dans une partie de sa durée, l'écoulement du conduit auditif. On l'observe surtout chez les sujets jeunes et sanguins, et à la suite de lésions traumatiques.

Au lieu d'être séro-purulente, comme celle de l'otorrhée, la matière du flux est constituée par un pus crémeux et bien lié. Le conduit auditif est le siége d'une douleur et d'une tuméfaction plus ou moins considérables, selon l'époque où l'on observe la maladie, et aussi selon la gravité de celle-ci. Le patient affirme

le plus souvent qu'après avoir éprouvé, pendant quelques jours, un sentiment de tension et de gêne dans l'organe, des battements y sont survenus, et qu'enfin, l'abcès s'étant ouvert, il a été soulagé immédiatement. L'exploration de l'oreille, qu'il ne faut pratiquer d'ailleurs qu'avec les plus grandes précautions, vient confirmer les assertions du malade et permet de reconnaître le siége et souvent l'ouverture de l'abcès.

L'écoulement d'oreilles dû à l'otite suit les phases propres aux phlegmasies aiguës et cède, comme elles, à l'emploi des antiphlogistiques.

3° *La carie du cornet osseux qui forme le conduit auditif* succède fréquemment à l'otorrhée et à l'otite et donne lieu à des flux d'oreilles très opiniâtres. On l'observe chez des sujets de tout âge et de toute constitution. Les enfants faibles et les personnes affectées de diathèses scrofuleuse ou syphilitique y sont néanmoins plus exposés que d'autres.

Le pus fourni par la carie du cornet présente tous les caractères du pus osseux. Il est sanieux, sans consistance, fétide; il teint en noir les instruments d'argent et, lorsqu'on le presse entre les doigts, on sent, comme des graviers, les détritus osseux qu'il entraîne avec lui. Cet écoulement est, dans un grand nombre de cas, âcre et corrosif; il est d'ailleurs plus ou moins abondant, selon l'étendue de la portion osseuse dénudée, et aussi selon l'ancienneté de la maladie.

Outre ces caractères fournis par les antécédents et par la nature du pus, l'exploration directe en fournit de plus marqués encore. Lorsque la carie existe près du méat, on peut en reconnaître directement le siége et l'étendue. Quand elle est plus profondément située, on acquiert la même certitude en s'aidant du *speculum*. L'introduction d'un stylet mousse sert à compléter le diagnostic. Avec cet instrument, on sent les rugosités produites par la carie, on apprécie l'étendue et la profondeur de celle-ci, et l'on peut quelquefois extraire des parcelles d'os.

4° La présence de *corps étrangers* dans le conduit auditif est une cause fréquente d'écoulements qui ne cessent d'ordinaire qu'après l'extraction de ces mêmes corps. On comprend que l'on peut rencontrer le flux dont il s'agit chez des sujets de tout âge et de toute constitution. On les observe néanmoins plus souvent dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie; et ce fait s'explique par l'inexpérience propre à cet âge et par l'habitude qu'ont les enfants de toucher toutes choses et de les porter à la bouche ou aux oreilles.

L'écoulement dû à la présence de corps étrangers dans le conduit auditif est de nature et de consistance variables. La quantité ne varie pas moins, et l'on observe à cet égard de fréquentes alternatives que rien ne peut expliquer.

La présence de corps étrangers dans l'oreille est souvent accompagnée d'une tuméfaction notable des parties molles dans lesquelles ils se trouvent pour ainsi dire enchatonnés. D'autres fois le gonflement est nul ainsi que les douleurs qui sont, au contraire, très vives dans le premier cas. Les renseignements fournis par les assistants ou par le patient lui-même sur l'origine de sa maladie mettent d'ordinaire sur la voie du diagnostic. On ne peut néanmoins, sans s'exposer à de graves mécomptes, s'abstenir d'explorer attentivement le siége du mal. J'ai été consulté souvent, et aujourd'hui encore, par des sourds convaincus qu'ils portaient des corps étrangers dans les oreilles. Un examen attentif des organes me faisait reconnaître qu'ils étaient dans une erreur complète. M. Velpeau rapporte, dans sa Médecine opératoire, l'exemple d'un enfant qui fut présenté, par sa mère, à plusieurs cliniques des hôpitaux de Paris, pour qu'on lui retirât de l'oreille un corps étranger... qui n'y était jamais entré. Le plus fâcheux de l'histoire, c'est que les tentatives réitérées que l'on fit pour enlever ce corps imaginaire donnèrent lieu à une maladie réelle, à une otite violente.

Les corps étrangers peuvent, on le conçoit, exister dans tous les points du conduit auditif; néanmoins, ceux qui provoquent une suppuration sont, le plus souvent, placés à une grande profondeur. Quant à leurs propriétés physiques, ils sont gros ou petits, lisses ou inégaux, mous ou durs, inertes ou doués de vie; enfin ils ont été introduits, ou se sont spontanément développés, comme certaines excroissances, les polypes par exemple.

Lorsque le corps étranger présente un certain volume et n'est pas engagé très avant dans le conduit auditif, rien n'est plus facile que d'en constater la présence; on le peut même quelquefois sans recourir au *speculum*. Mais diverses particularités rendent cet examen plus difficile et quelquefois même impossible. Le gonflement des parois du canal et surtout la sensibilité morbide dont elles peuvent devenir le siége s'opposent complètement, dans quelques cas, à toute tentative d'exploration. Les difficultés du diagnostic sont surtout augmentées lorsque le malade ignore s'il porte dans l'oreille un corps étranger, comme il arriva dans le cas suivant.

Une dame de quarante ans, qui habite les environs de Paris, vint me trouver, en 1842, pour être traitée d'une surdité dont l'origine remontait à plusieurs années, mais qui avait fait des progrès surtout depuis trois mois. Cette dame, qui avait d'abord souffert dans les oreilles à l'occasion de maux de dents, n'avait pas songé à consulter son médecin; elle s'était bornée à introduire dans le conduit auditif droit, qui était le plus malade, des boules de coton imbibées d'huile d'amandes douces, d'huile de lis, et enfin elle avait usé longuement de l'huile acoustique de M. Mène-Maurice. Malgré l'emploi d'une thérapeutique aussi rationnelle, la surdité de madame M... augmentait toujours. Bientôt vinrent s'y joindre des bruits de toutes sortes et presque

continuels; enfin elle se décida à consulter son médecin. Celui-ci, sans se prononcer sur la nature de la maladie, et agissant d'après les indications générales, prescrivit un émétique, puis des purgatifs, et pratiqua quelques saignées. La malade n'éprouva aucune amélioration de l'emploi de ces moyens, et les applications réitérées de sangsues et de vésicatoires demeurèrent également sans effet. La surdité persista, en même temps que les bruits augmentèrent, et bientôt ils apparurent aussi dans l'oreille gauche, qui jusqu'alors en avait été exempte. Ce fut peu de temps après que madame M... vint me consulter.

Madame M... est une femme bilioso-sanguine, de bonne constitution. Elle a eu plusieurs enfants qu'elle a nourris elle-même et qui tous se portent bien; elle a toujours été gaie et *rieuse*, jusqu'au moment où sa surdité a commencé. Mais, depuis cette époque, elle a perdu tout enjouement et est en proie à une tristesse qui augmente chaque jour et inquiète sa famille. Madame M... n'entend plus le bruit de ma montre, même quand elle presse le pavillon de l'oreille droite. De la gauche elle entend encore à quelques centimètres de distance. Le pavillon de l'oreille droite et les parois du conduit auditif sont énormément gonflés. Les mêmes parties du côté gauche le sont aussi, mais à un moindre degré; elles présentent également une coloration moins foncée que celle de l'autre organe qui est presque violacé. La tuméfaction cède aisément quand on la comprime avec les doigts dont elle ne conserve bientôt aucune empreinte; une douleur assez vive accompagne ces tentatives. On peut encore, avec de grandes précautions, introduire à une faible profondeur dans l'oreille gauche l'extrémité d'un speculum à valves; mais il est fort difficile de faire glisser même un stylet mince dans l'autre conduit. Ces essais, du reste, ne fournissent aucune indication sur la nature et le caractère du mal.

Madame M..., interrogée sur la cause présumée de son infirmité, ne sait à quoi s'en tenir; elle présume cependant qu'elle a attrapé quelque coup d'air. Quant à la présence d'un corps étranger dans le conduit, elle la nie formellement. Je ne puis, pour ma part, partager ce dernier avis: l'expérience m'a appris que souvent les malades portent, pendant de longues années, des corps étrangers dans les oreilles sans s'en douter, et la tuméfaction, ainsi que le suintement séreux dont ces organes, le droit surtout, sont le siége, tout concourt à fortifier mes présomptions. Pour les vérifier, j'introduis dans le canal auditif droit une bougie de gomme élastique ouverte aux deux bouts; et, par celui qui demeure libre, je pousse plusieurs injections émollientes qui sortent en entraînant avec elles quelques pellicules et un peu de pus. Cette tentative me permet de glisser dans le méat auditif un petit cylindre d'éponge préparée qui doit le dilater en se gonflant. Mes prévisions ne sont pas trompées; après six introductions successives de cylindres de plus en plus volumineux, j'obtiens un élargissement qui me permet d'explorer la moitié externe du conduit. Cette portion est parfaitement libre; mais, au fond, je touche avec le stylet un corps inerte, mou, et qui doit être celui que je cherche. Je le saisis à l'aide d'un mince stylet-érigne, et je l'attire au dehors sans trop d'obstacles. C'était une boule de charpie imprégnée d'un cérumen noirâtre et fétide. Après cette extraction, tous les accidents diminuent, pour cesser bientôt complètement. L'oreille gauche, qui n'était malade que par sympathie, reprend, en quelques jours, ses dimensions normales et recouvre l'intégrité de ses fonctions. La droite guérit plus lentement, mais enfin elle guérit sans aucun autre remède; et, au bout de quelques semaines, madame M... a repris son embonpoint avec sa gaîté, et affirme qu'elle n'a jamais aussi bien entendu de sa vie.

Je pourrais à cet exemple en ajouter une foule d'autres tirés des auteurs ou pris dans ma pratique particulière; mais celui-ci suffit pour prouver les difficultés possibles d'un diagnostic qui, dans les cas ordinaires, est des plus faciles.

5° Certaines affections cutanées, la *dartre humide* et la *gourme* entre autres, donnent également lieu à des flux idiopathiques du conduit auditif. La première, comme on le sait, se montre de préférence chez les adultes et chez les vieillards. La seconde est propre aux enfants.

Il est rare que la dartre humide débute par l'oreille; moins souvent encore elle reste bornée à cet organe; le plus ordinairement elle occupe en même temps la surface de la conque et s'étend aux parties voisines. Cette dartre provoque dans le conduit auditif une démangeaison continuelle, ainsi qu'un suintement gluant qui lui a valu le nom qu'elle porte. Elle occasionne un gonflement notable et une surdité le plus ordinairement accompagnée de bourdonnements confus.

La *gourme* est, comme l'on sait, une maladie particulière aux enfants. Elle les attaque surtout aux époques de la première et de la seconde dentition, et se rencontre de préférence chez les sujets faibles et mal soignés. Le siége primitif de la gourme est presque toujours la face ou le cuir chevelu, d'où elle gagne l'oreille par voie d'extension. L'écoulement de cette éruption a une odeur acide ou rance caractéristique. Un gonflement et une douleur notables l'accompagnent et portent le petit malade à se gratter et à se mettre en sang. Ces caractères suffisent pour faire diagnostiquer la gourme, qui est certainement toujours accompagnée d'une surdité plus ou moins intense, mais dont le malade ne saurait rendre compte. La marche de cette affection est, du reste, fort lente et sa durée indéterminée.

Les considérations qui précèdent, sur le diagnostic spécial des écoulements idiopathiques de l'oreille, m'ont rendu facile la tâche d'en tracer le diagnostic différentiel. Pour peu que l'on ait suivi avec quelque soin la marche et les symptômes de l'otorrhée, on ne peut con

fondre l'écoulement qu'elle provoque avec celui de l'otite et de la carie, ni, moins encore, avec les flux que déterminent la présence des corps étrangers ou l'invasion de la dartre dans les oreilles. L'écoulement otorrhéique se montre surtout chez les enfants, quelquefois chez les femmes, et presque constamment chez les sujets affaiblis. Le flux dû à l'otite, au contraire, ne survient guère que chez les sujets sanguins, ou à l'occasion de blessures. Le produit de l'otorrhée est trouble, séro-purulent, grumeleux; celui de l'otite est consistant, sans grumeaux, homogène et bien lié. Enfin, tandis que l'écoulement otorrhéique augmente ou diminue à l'occasion des changements de température, et se prolonge indéfiniment sans provoquer de fièvre, la suppuration de l'otite suit le cours des inflammations franches, s'accompagne d'une réaction fébrile, au moins dans une période de sa durée, et arrive d'ordinaire à une guérison rapide. Les écoulements d'oreilles provenant de l'otite ne peuvent, comme je viens de le dire, être confondus avec ceux que provoquent l'otorrhée ou la carie. L'exploration attentive du conduit auditif et le commémoratif ne permettent pas davantage de le prendre pour le flux entretenu par la présence de corps étrangers; et l'absence de lésions herpétiques, ainsi que la nature du pus, suffisent, de même, pour le distinguer du suintement dartreux. Il n'est pas plus difficile, en un mot, d'établir le diagnostic différentiel de l'écoulement de l'otite qu'il ne l'est de tracer celui de l'otorrhée.

Quant aux flux provenant de carie, outre les données commémoratives qui mettent presque toujours sur la voie, on a deux moyens assurés d'en découvrir la source. Le premier, fourni par l'inspection directe et par l'introduction d'un stylet dans l'ulcère osseux, constitue un symptôme pathognomonique. Le second est donné par la nature du pus, qui teint en brun les instruments d'argent. Avec ces deux caractères on est toujours sûr de distinguer de tous les autres flux d'oreilles celui qui provient de la carie.

Des médecins inattentifs ont parfois rapporté à l'otorrhée, à l'otite ou à une carie du rocher, des écoulements d'oreilles entretenus par la présence d'un corps étranger. Une recherche exacte du commémoratif et une exploration suffisante permettent toujours d'établir la distinction que l'on a en vue.

La confusion serait moins facile encore entre la suppuration due à la présence de corps étrangers et celle provenant de dartres dans le conduit. Les caractères fournis par ce dernier flux sont si bien tranchés que nul médecin ne saurait établir de confusion à leur égard.

Dans l'exposé qui précède, je me suis efforcé d'être clair et de mettre tous les praticiens à même d'établir facilement le diagnostic spécial et différentiel des écoulements *idiopathiques* de l'oreille. Je tâcherai de me rendre également intelligible dans l'exposé des écoulements *symptomatiques* qui va suivre; car, pour les affections d'oreilles, plus encore peut-être que pour celles des autres organes, c'est la précision du diagnostic qui conclut aux indications curatives rationnelles.

(La suite au prochain numéro.)

M.-E. Hubert-Valleroux, D.M.P.

Ophthalmologie.

IV. Études pratiques sur l'opération de la pupille artificielle (1).

Cette opération, qui a pour but d'ouvrir aux rayons lumineux un passage jusqu'à la rétine quand le passage naturel a été fermé par diverses conditions pathologiques, a été tentée pour la première fois par Cheselden en 1728. Elle est connue en Allemagne sous le nom de *corémorphose* (κόρη, pupille, μόρφωσις, formation).

Elle peut être pratiquée selon cinq méthodes différentes, dont les quatre premières ont été modifiées de mille manières. De là un nombre considérable de procédés et d'instruments, qu'il ne conviendrait point de rappeler dans un travail de simple utilité pratique. Je ne parlerai donc pas des essais infructueux qu'on a faits pour établir la pupille artificielle en faisant une perte de substance sur la sclérotique.

Voici en quoi consistent ces cinq méthodes :

1° Dans la *première*, à laquelle se rattache le nom de Cheselden, on pratique dans l'iris une ou plusieurs incisions; c'est la méthode dite par *incision* (*corétomie*, *iridotomie*).

2° Dans la *deuxième*, créée par Scarpa, on détache une partie de l'iris du ligament ciliaire; c'est la méthode dite par *décollement* (*corédialyse*, *iridodialyse*).

3° Dans la *troisième*, on excise une portion de l'iris; Wenzel le premier l'a pratiquée; c'est la méthode par *excision* (*corectomie*, *iridectomie*).

4° Dans la *quatrième*, inventée à la fois par Adams et Himly, et modifiée notablement par M. Guépin, on cherche à entraîner et à fixer dans une plaie de la circonférence de la cornée ou du bord de la sclérotique une partie du bord pupillaire demeuré libre; c'est la méthode par *enclavement* ou *distension* permanente de la pupille (*corencléisis*, *corectopie*).

5° Dans la *cinquième*, que nous avons imaginée, on saisit l'iris par les adhérences anomales qu'il a contractées, et, après l'avoir déchiré par arrachement, on l'entraîne au dehors à travers la cornée et on l'excise; c'est la méthode que nous nommerons par *déchirement*.

---

(1) Voy. *Chirurgie oculaire*, planche IV de l'atlas de janvier 1847.

Méthodes et procédés opératoires.

Première méthode. — *Incision* ou *iridotomie.*

C'est la plus ancienne des méthodes; Cheselden en est l'inventeur. Il la pratiqua, quelque temps avant 1728, sur un enfant de quatorze ans, aveugle de naissance. Cette opération eut du retentissement dans le monde entier. Woolhouse (1), un peu avant Cheselden, avait proposé un procédé pour enlever les fausses membranes placées dans la pupille, mais il ne l'avait point mis en pratique.

L'incision est simple ou multiple : on ne fait en quelques cas qu'une seule incision à l'iris, dans le sens transversal ou vertical; en d'autres, l'iris est incisé en forme de V ou de croix.

Procédé de Cheselden. Incision simple et transversale. — Armé d'un petit bistouri, tranchant d'un seul côté, Cheselden pratiqua une ponction dans la sclérotique à une demi-ligne environ de la cornée, comme on le fait avec l'aiguille pour l'opération de la cataracte par abaissement. L'instrument arrivé derrière l'iris, dans la chambre postérieure, fut tourné la pointe en avant de manière à la faire pénétrer dans la chambre antérieure, à travers l'iris. Soit en tirant, soit en poussant le petit bistouri, il incisa ensuite transversalement cette membrane. L'ouverture faite avait deux ou trois lignes, était elliptique, et, selon Morand qui vit opérer Cheselden, semblable à la pupille des chats, sauf qu'elle était placée en sens opposé.

La fig. 1, pl. IV, représente cette opération. A. Endroit où la pupille naturelle a disparu dans une ulcération de la cornée. B. Tache de la cornée. C. Iris sain. — 1. Petit bistouri dont la lame, 2., a traversé l'iris d'arrière en avant. L'incision de cette membrane sera faite en pressant d'avant en arrière.

La figure 2 fait voir le résultat de l'opération. B. Pupille artificielle oblongue transversalement. C. Pupille naturelle fermée par synéchie antérieure.

Plusieurs auteurs ont essayé cette opération, et, la plaie de l'iris s'étant réunie, n'ont point toujours obtenu de bons résultats, ce qui les a nécessairement conduits aux modifications qui ont été apportées depuis au procédé primitif. C'est ainsi que Sharp, élève de Cheselden, Mauchart, Heuermann de Copenhague, Reichenbach, Henkel, Richter, Janin, Guérin, Pellier de Quengsy, Beer, Langenbeck, Weller, Maunoir, M. Velpeau, ont pensé qu'il vaut mieux pénétrer par la cornée que par la sclérotique. Chacun de ces auteurs, ou à peu près, inventa son instrument particulier et fit l'incision à sa manière. Je me bornerai à quelques mots sur les principaux procédés.

Procédé de Janin. Incision simple et verticale. — Les insuccès qu'il avait remarqués après la section de l'iris selon le procédé de Cheselden lui firent penser que l'*incision verticale* ne se refermerait pas, parce qu'ainsi les fibres rayonnées de l'iris seraient divisées et non pas simplement écartées. « J'ouvre, » dit-il (1), les deux tiers de la cornée avec le » bistouri de M. Wenzel, et je relève ensuite » la calotte de la cornée avec une curette que » je tiens de la main gauche, tandis que la » droite est munie de ciseaux courbes dont la » branche inférieure est terminée en pointe; » l'ayant plongée dans l'œil à environ une li- » gne de son limbe inférieur, et un peu du » côté du grand angle, je dirige la pointe de » cet instrument de bas en haut, et, m'éloi- » gnant d'une demi-ligne de l'ancienne pru- » nelle, je fais ma section d'un seul coup; » cette plaie forme une pupille en forme de » croissant, la partie convexe faisant face au » petit angle de l'œil. »

Ce procédé ne réussit pas mieux que celui de Cheselden, la plaie de l'iris se referme par de fausses membranes; on ne l'emploie plus guère aujourd'hui.

Procédé de Guérin (2). *Incision cruciale.* — Il est fondé sur la combinaison des procédés de Cheselden et de Janin. L'opérateur pratiquait sur l'iris une incision cruciale, au lieu de se borner à une simple fente transversale ou verticale. Son but était, en divisant tout à la fois les fibres radiées et les fibres circulaires de l'iris, de s'opposer à la réunion des lèvres de la plaie. Il pénétrait jusqu'à l'iris par une incision demi-circulaire à la cornée. Les pupilles artificielles que Guérin faisait de cette manière avaient presque toujours une forme assez ronde. En introduisant l'instrument par la cornée, il pensait qu'il pourrait, plus sûrement que par le procédé de Cheselden, éviter la lésion de l'appareil cristallinien; cependant, si l'on agit comme il le recommandait, il est presque impossible de diviser l'iris sans altérer la capsule. Les chances de la réunion des lambeaux étaient moins grandes, il est vrai, que dans l'incision simple; cependant on remarqua bientôt que la pupille, à peu près ronde immédiatement après l'opération, ne tardait pas à se refermer.

Ce procédé, comme le précédent, a été abandonné.

Procédé de Maunoir (3). *Incision simple de l'iris, et exceptionnellement incision en* V. — Presque tous les chirurgiens qui ont rapporté ce procédé, ont pensé que l'habile chirurgien de Genève pratiquait toujours l'inci-

(1) *Dissertatio medic.-chirurg. de pupillæ phthisi et synezizi*, par Christ. Fraas; *Præs. Mauchart in disput. chirurg.*, de Haller, tom. I.

(1) Janin, *Mémoires et observations sur l'œil*, 1772, p. 190.

(2) Guérin, *Traité sur les maladies des yeux*, p. 235.

(3) Maunoir, *Mémoire sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle.*

sion en V, tandis qu'il ne l'appliquait qu'à des cas exceptionnels. Ce procédé a pour but principal la division perpendiculaire des fibres radiées, que l'auteur nomme *le muscle dilatateur* de l'iris. Il dit, en effet, page 31 : « La troisième indication, et la plus importante, c'est de faire l'incision de l'iris, autant qu'il sera possible, dans une direction perpendiculaire à celle des fibres à couper ; alors seulement on pourra espérer que la plaie faite à l'iris ne se réunira pas et qu'une simple fente se changera en une ouverture plus ou moins elliptique. » Maunoir pratique l'opération de la manière suivante :

« Je commence, dit-il, par faire à la cornée, au côté externe, autant que faire se peut, qu'il y ait opacité à cette place ou non, une incision longue de 6 millimètres environ, et à 2 millimètres de distance de la sclérotique. Cette incision doit avoir une courbure parallèle à la circonférence de la cornée, et, en général, elle ne doit différer de celle qu'il faut faire pour l'opération de la cataracte qu'en ce qu'elle doit être beaucoup plus petite. » L'ouverture de la cornée est faite à l'aide du kératotome ordinaire ; le chirurgien achève ensuite l'opération avec des ciseaux coudés près de leur talon, et dont la branche qui doit rester dans la chambre antérieure est boutonnée, tandis que l'autre, destinée à pénétrer derrière l'iris, est terminée en une pointe très fine. L'auteur indique dans les termes suivants la manière de se servir des ciseaux : « On introduit ces ciseaux de plat par l'ouverture de la cornée ; lorsque la pointe est parvenue vers l'endroit de l'iris où l'incision de l'iris doit commencer, on les retourne de manière que le plat devienne perpendiculaire à la cornée et à l'iris ; on les ouvre légèrement, et en même temps on pousse assez pour que la lame pointue qui touche l'iris pénètre dans cette membrane de toute la longueur que doit avoir l'incision ; alors on ferme rapidement les ciseaux, et l'iris se trouve coupé. » Dans quelques cas exceptionnels, nous l'avons dit, le chirurgien de Genève, au lieu de terminer là l'opération, fait une seconde incision sur l'iris, de manière à dessiner un V dont la base regarde la circonférence de la membrane, et dont le sommet se trouve au point même où les ciseaux ont pénétré d'abord dans la chambre postérieure.

Ce procédé peut avoir quelques avantages quand il y a oblitération de la pupille par adhérences de l'iris à la cornée (synéchie antérieure), mais il n'est pas applicable lorsque la pupille est fermée par des fausses membranes siégeant sur la capsule (synéchie postérieure). Dans le premier cas, en effet, la branche terminée en pointe peut glisser dans la chambre postérieure agrandie, sans toucher la cristalloïde ; mais cela me paraît à peu près impossible dans le second. Il peut encore arriver, par suite de la crainte que doit avoir le chirurgien de produire une cataracte, que les ciseaux ne pénètrent point assez profondément et qu'ils ne divisent l'iris que dans une partie de son épaisseur, ou que toute la portion d'iris comprise entre les lames échappe à l'action de l'instrument, double accident qui est arrivé à M. Maunoir lui-même. Cependant, malgré ces inconvénients, je me hâte de dire que ce procédé est incontestablement préférable à tous ceux qui ont pour but l'*incision* de l'iris (1).

Appréciation. — L'incision de l'iris se referme presque toujours sur elle-même, qu'elle soit simple ou multiplie. Quelques auteurs ont si bien senti cet inconvénient, qu'ils ont recommandé de détruire toujours le cristallin, et qu'un d'eux, Adams, est allé jusqu'à proposer d'en placer les débris entre les lèvres de la plaie iridienne, pour en empêcher la réunion ! De plus elle expose souvent à ouvrir la capsule et à produire une cataracte, qu'il faut opérer séance tenante ou quelque temps après, et cela dans des cas où l'appareil cristallinien était sain et devait être conservé intact. Le procédé de Maunoir, tant vanté par Scarpa, peut seul, dans quelques cas d'oblitération complète, trouver son utile application ; pourtant il vaudrait mieux exciser la base du lambeau et l'entraîner au dehors, c'est-à-dire pratiquer l'excision ordinaire, que de se borner à l'incision simple ou à celle en V. Dans quelques cas où la pupille aurait disparu après l'extraction ou l'abaissement du cristallin, ou mieux encore par synéchie antérieure, l'incision pourrait être à la rigueur pratiquée si l'iris présentait un degré de tension convenable ; néanmoins l'excision me semble l'emporter, même dans ce cas, sur l'incision. Cette dernière opération paraît devoir être réservée à la destruction de la membrane pupillaire, ou à celle de fausses membranes peu épaisses qui se seraient développées dans la pupille à la suite d'un iritis survenu pendant la vie intra-utérine.

Deuxième méthode. — *Décollement de l'iris* ou *iridodialyse.*

Le décollement de l'iris de ses attaches ciliaires, dans le but de former une pupille artificielle, a été imaginé par Scarpa et presque en même temps par A. Schmidt, au commencement de ce siècle. Assalini prétend l'avoir exécuté dès 1787, mais malgré les témoins du fait, qu'il nomme, et bien qu'il avance qu'en 1788 Buzzi fit après lui cette opération, les auteurs que nous avons nommés sont considérés comme les créateurs de la méthode. Scarpa et Schmidt furent conduits à leur découverte par l'observation qu'ils avaient faite de la facilité avec laquelle l'iris se détache du corps ciliaire à la suite de coups ou de blessures, ou pendant certaines opérations pratiquées sur l'œil. L'ouverture accidentellement faite dans l'iris avait, dans ces cas, permis à la vision de s'accomplir, et c'est là ce qui conduisit à la création de la méthode. Sharp,

(1) Voir, pour plus de détails, mon *Traité sur les maladies des yeux ;* Germer-Baillière.

Guérin, Chaussier, Janin, Wenzel avaient fait cette même remarque, mais aucun d'eux n'avait songé à en tirer parti pour rétablir la vision.

Le décollement de l'iris se pratique par la cornée ou par la sclérotique; nous étudierons plus loin les procédés des auteurs. Voici celui que nous employons et que nous remplaçons souvent avec avantage par *le déchirement* (*cinquième méthode*), dont nous parlerons plus loin.

Instruments. — Un couteau lancéolaire, un petit crochet et des ciseaux courbes sont les trois instruments indispensables (voyez planche IV, fig. 4, 5, 6). Il est bon d'avoir en outre une petite spatule courbe, large de 2 millim., longue de 15 à 20, très flexible et montée sur le manche d'une aiguille ordinaire. Lorsque l'œil à opérer est fort enfoncé, fort mobile, et que les paupières sont étroites, on doit se munir de deux élévateurs pleins pour les paupières, et d'une pince fermant à ressort, pour fixer le globe en saisissant la conjonctive près de la cornée. On tiendra encore près de soi une pince courbe très fine, des éponges et de l'eau.

Position du chirurgien et de l'aide. — Elle est la même que dans l'opération de la cataracte, où nous l'avons décrite avec détails, en y joignant une figure (voy. le groupe de la planche Scléroticonyxis du 2e semestre, XIIIe année). Toutefois, nous ferons remarquer qu'il est avantageux, dans beaucoup de cas, de faire coucher le malade sur un lit étroit, près d'une fenêtre, et, comme nous venons de le dire, de fixer l'œil à opérer avec une pince appliquée sur la conjonctive près de la cornée. Dans la description qui suit, nous supposerons que le malade est assis.

Premier temps. Ponction de la cornée. — L'aide relève la paupière supérieure de la main gauche si l'on opère l'œil droit, abaisse la paupière inférieure de l'autre main, et maintient la tête dans l'immobilité en l'appuyant contre sa poitrine. Le chirurgien saisit le couteau lancéolaire, et pratique une ponction dans le point le plus rapproché possible du centre de la cornée. Cette ponction, large de 4 à 5 millimètres, doit être régulière, aussi large à la surface postérieure de la cornée qu'à la surface antérieure, et placée de telle sorte que la direction en soit parallèle à la base de la pupille artificielle, qui doit être pratiquée comme cela est représenté dans la fig. 3 de la planche IV. Les triangles noirs A, B, C, sont des pupilles artificielles qu'on se propose d'établir : les bases de ces pupilles, placées vers la circonférence de l'iris, sont parallèles à une ligne noire qu'on voit à leur sommet, et qui indique la largeur et la direction de la ponction. En pratiquant cette ponction, le chirurgien incline le couteau aussitôt qu'il sent que la cornée est traversée, et approche le manche de l'instrument du côté de la membrane opposé à la base de la pupille à pratiquer. Par ce mouvement le couteau se trouve couché presque horizontalement entre l'iris et la cornée, ce qui permet au chirurgien de faire entrer la lame plus profondément dans la chambre antérieure, sans blesser le diaphragme. La fig. 4 de la planche IV représente ce temps de l'opération : le couteau 1 est incliné presque parallèlement à l'iris, la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, et se trouve rapprochée de la base de la pupille à établir ; la ponction *b* a une étendue de 4 à 5 millimètres ; *a* est une tache blanche de la cornée dans laquelle la pupille naturelle a disparu par suite d'une ulcération (*synéchie antérieure*). A l'endroit de la ponction, la membrane est saine, ce qui permet de voir l'iris, dont la couleur est foncée.

Le chirurgien retire le couteau dès que la ponction est pratiquée; s'il n'a pu, en poussant l'instrument, la faire assez large (ce qui arrive quand l'humeur aqueuse s'échappe trop tôt), il a soin de l'agrandir vers l'extrémité la plus déclive lorsqu'il ramène à lui la lame. Ce premier temps exécuté, l'aide abandonne les paupières, et un instant de repos est donné au malade, instant pendant lequel le chirurgien essuie les paupières mouillées et rendues glissantes par les larmes et par l'humeur aqueuse qui se sont échappées de l'œil.

Deuxième temps. Introduction du crochet. — Les paupières étant éloignées de nouveau, le petit crochet représenté sur la fig. 5, planche IV, est tenu comme une plume à écrire ; le chirurgien en dirige la convexité en haut, et le fait pénétrer dans la chambre antérieure en pressant un peu sur la lèvre externe de la plaie si le décollement se fait sur la partie interne de l'iris. La direction que doit suivre cet instrument est exactement la même qu'on a donnée au couteau lorsque la ponction a été faite. Aussitôt que la portion recourbée a pénétré tout entière dans la chambre antérieure, ou, pour parler plus exactement, entre l'iris et la cornée qui se touchent par suite de la sortie de l'humeur aqueuse, le manche est fortement incliné, de manière qu'il y ait un parallélisme exact entre la surface de l'iris et l'axe du crochet. L'instrument se trouve placé alors dans une direction telle qu'il a sa pointe en bas et sa convexité en haut ; le chirurgien le fait glisser avec précaution entre les deux membranes, et le conduit jusque vers l'insertion de l'iris au corps ciliaire. Arrivé là, le crochet est caché presque tout entier derrière la très petite portion de sclérotique comprise entre les attaches de l'iris et celles de la cornée. La fig. 5, planche IV, représente le crochet vu au moment où il va disparaître derrière la sclérotique.

Troisième temps. — Décollement de l'iris. — C'est au moment où le crochet vient de disparaître derrière la sclérotique, entre les attaches de l'iris et celles de la cornée, que le chirurgien, tenant toujours l'instrument comme il a été dit, et sentant une certaine résistance lorsqu'il essaie de le faire pénétrer plus loin, fait faire au manche un quart de tour sur son axe de haut en bas, en le roulant

dans cette direction entre le pouce et les deux premiers doigts, harponne l'iris par un petit coup sec d'avant en arrière et le maintient fixé dans la courbure de l'instrument. Le diaphragme n'oppose le plus souvent qu'une très faible résistance, et se laisse entraîner du côté de la plaie.

L'opération arrivée à ce point est exactement représentée dans la fig. 6, pl. IV: 1, *manche* du crochet ; 2, 3, *doigts* de l'aide relevant la paupière supérieure ; 4, 5, *doigts* de l'aide abaissant la paupière inférieure ; A, *tache leucomateuse* de la cornée dans laquelle la pupille a disparu (*synéchie antérieure*); B, *incision* pratiquée près de la tache leucomateuse, dans la portion de cornée demeurée saine; C, *iris* vu à travers la cornée transparente en cet endroit; D, *fond de l'œil* vu à travers une partie de la pupille artificielle non achevée. Le décollement de l'iris est encore incomplet ; le crochet entraîne cette membrane vers l'incision de la cornée.

Quatrième temps. Sortie de l'iris. — Lorsque le chirurgien a harponné l'iris, il a eu soin de diriger tout aussitôt la pointe du crochet un peu en bas et en arrière, tandis que la courbure en est tournée en haut et en avant. Ce mouvement, qui a pour but d'éviter la déchirure de la capsule, est représenté fidèlement dans la fig. 6.

L'opérateur continue alors d'entraîner l'iris. Il convient, pour arriver à ce but, de tenir la courbure du crochet exactement appliquée contre la face concave de la cornée, et de ne point craindre la pression qui peut en résulter. C'est un excellent conseil donné par le professeur Jaeger, et que M. le docteur Vallez, de Bruxelles, un de ses élèves, m'a enseigné. On évite ainsi plus sûrement la capsule ; la portion d'iris saisie est mieux maintenue, et sort plus facilement, par le fait même de la pression qu'on exerce avec le dos du crochet sur la partie postérieure de celle des deux lèvres de la plaie qui regarde la nouvelle pupille.

Cinquième temps. Excision de la portion d'iris décollée.— L'iris entraîné par le crochet hors de la chambre antérieure, étant maintenu sur l'instrument comme dans la fig. 6, planche IV, est excisé au ras de la cornée avec une paire de ciseaux courbes sur le plat, ou abandonné dans la plaie, si l'on se propose (ce qui est toujours mauvais) d'effectuer l'enclavement. La fig. 7, même planche, représente l'excision de l'iris lorsque la pupille artificielle vient d'être pratiquée par décollement : 1, *crochet* implanté dans l'iris entraîné hors de la chambre antérieure; 2, *ciseaux* courbes sur le plat dont une branche est engagée derrière l'iris. Ces ciseaux prêts à faire la section de l'iris ont été dessinés ouverts ; une vis placée sur les branches ne permet que l'écartement nécessaire. 3, 4, *doigts* de la main gauche de l'aide ; 5, 6, *doigts* de sa main droite ; *a*, *tache leucomateuse* de la cornée masquant complètement la pupille naturelle qui y est adhérente (*synéchie antérieure*) ; *b*, *plaie* faite à la cornée avec le couteau lancéolaire, dans le premier temps de l'opération ; *c*, *iris* entraîné par le crochet hors de la chambre antérieure ; *d*, pupille artificielle pratiquée par le décollement de l'iris.

Remarques sur les accidents qui peuvent arriver pendant l'opération par décollement.

L'opération que nous venons de décrire s'applique à un cas dépourvu de toute sorte de complications, et dans lequel le manuel opératoire a été suivi avec précision. La manœuvre, cependant, est loin d'être toujours aussi régulière, tantôt par le fait même de l'opérateur, tantôt par la disposition des parties, quelquefois par suite des modifications apportées dans les membranes par l'inflammation qui les a frappées. Nous allons passer rapidement en revue toutes les principales causes des accidents qui compliquent et font souvent échouer l'opération de la pupille artificielle par décollement.

Premier temps. Ponction de la cornée. — Cette manœuvre, qui est assez ordinairement facile, à moins que la cornée et l'iris ne se trouvent en contact presque immédiat, peut occasionner, lorsque le chirurgien n'attaque pas convenablement la cornée, une foule d'accidents qui non-seulement compromettront l'opération dans ses résultats, mais encore en empêcheront l'exécution complète dans beaucoup de cas. Il faut que la ponction ne soit ni trop petite ni trop grande ; qu'elle ne soit ni trop perpendiculaire ni trop oblique par rapport à l'iris ; qu'elle ne soit ni trop rapprochée ni trop éloignée de la circonférence de la cornée. Il est indispensable encore qu'elle soit aussi large à la surface interne qu'à la surface externe de la cornée et exactement parallèle à la base de la pupille nouvelle. Enfin, le chirurgien doit enfoncer le couteau avec précision et pas trop profondément. Prouver qu'il n'y a aucune exagération dans cette énumération est chose facile.

A. *Ponction trop petite.*— Elle rend l'introduction du crochet plus difficile ; l'opérateur, obligé de presser sur la cornée pour faire pénétrer l'instrument, occasionne des douleurs, et l'œil devenu très mobile et très rouge se cache rapidement sous la paupière supérieure. Si l'on parvient à faire passer le crochet dans la chambre antérieure, là d'autres difficultés attendent le chirurgien : les principales sont l'impossibilité de faire sortir au dehors la portion d'iris décollée, le tiraillement des lèvres de la plaie cornéenne, et souvent la blessure de ces parties, dans lesquelles la pointe du crochet vient, quoi qu'on fasse, s'implanter le plus souvent. De là aussi des douleurs très vives pour le patient, et pour le médecin le regret de reconnaître que l'incision qui a permis au crochet de passer dans la chambre antérieure ne peut plus l'en laisser sortir avec la portion d'iris décollée. Après quelques efforts infructueux, le crochet finit par s'échapper

seul, et l'iris, forcément abandonné derrière la cornée, vient souvent masquer en totalité ou en partie la pupille nouvelle. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait agrandir l'incision après coup, et aller reprendre avec le crochet ou avec une pince cette portion d'iris qu'on aurait dû entraîner au dehors ; mais la chambre antérieure est remplie de sang, on ne distingue plus suffisamment bien la route que les instruments doivent suivre, et d'ailleurs le malade, fatigué par ces hésitations et par la douleur qu'elles occasionnent, n'est plus en état de permettre cette recherche, d'ailleurs dangereuse, si l'on doit ménager la capsule demeurée transparente.

B. *Ponction trop grande.* — C'est un inconvénient beaucoup moins sérieux que le précédent ; la manœuvre, du moins en ce qui touche la sortie de l'iris, est plus facile, mais en revanche l'incision trop grande expose la cornée à perdre de sa transparence, alors que cette condition est indispensable au succès. Dans une opération de cette nature, la moindre altération de la cornée est fort grave : les plaies trop larges, devenant souvent la cause de taches leucomateuses, doivent donc être évitées avec le plus grand soin. Cependant, il faut convenir que la pupille artificielle est plutôt compromise par une incision trop petite que par une incision trop grande de la cornée.

C. *Ponction de la cornée trop perpendiculaire à l'iris.* — Lorsque le couteau est placé exactement dans une direction perpendiculaire à l'iris, et que cette membrane, par le fait d'une adhérence (*synéchie antérieure*), se trouve très rapprochée de la cornée, il arrive fort souvent que la pointe de l'instrument blesse le diaphragme. Cet accident, peu dangereux dans quelques cas, occasionne d'autres fois un épanchement de sang qui vient troubler l'humeur aqueuse et empêche le chirurgien de continuer l'opération avec la précision convenable. Quelquefois aussi la piqûre de l'iris est suivie d'une inflammation traumatique, dont les conséquences peuvent être funestes pour l'œil opéré. Dans les cas de fausse cataracte, où la pupille a disparu par suite d'adhérences à la capsule (*synéchie postérieure*), la ponction faite trop perpendiculairement à l'iris amène plus rarement la lésion de cette membrane ; mais quand elle a lieu, elle se complique d'ordinaire de blessure de l'appareil cristallinien, c'est-à-dire d'une cataracte traumatique capsulaire ou capsulo-lenticulaire, qu'il faudra opérer plus tard.

La ponction trop perpendiculaire de la cornée a, en outre, un inconvénient pour l'exécution facile du temps de sortie de l'iris, surtout si elle est en même temps trop étroite, parce que les lèvres de la plaie kératique taillées à angle droit s'écartent moins facilement l'une de l'autre, arrêtent le crochet et provoquent souvent la chute, derrière la cornée, de la portion d'iris qu'on a saisie.

D. *Ponction de la cornée trop oblique par rapport à l'iris.* — La ponction de la cornée doit être faite de telle sorte que le point d'entrée du couteau à la surface externe de cette membrane soit un peu plus éloigné de la base de la pupille à pratiquer que le point où il pénètre dans la chambre antérieure. Mais quand le chirurgien, inclinant trop le manche du couteau, donne à cet instrument une direction trop parallèle à celle de l'iris, la lance, labourant la cornée, pénètre entre les lamelles kératiques et n'arrive dans la chambre antérieure qu'après un trajet plus ou moins long. On comprend toutes les difficultés qui devront résulter de cette ponction mal faite : comment, en effet, faire pénétrer le crochet au travers de cette route si étroite ? comment surtout le faire sortir de la chambre antérieure avec l'iris, membrane molle, roulée sur elle-même, et qui devra infailliblement se déchirer lorsqu'on essaiera de la faire passer à travers les lamelles cornéennes, résistantes par elles-mêmes et appliquées fortement les unes contre les autres ? De la ponction trop oblique résulte encore un autre inconvénient, dont nous étudierons plus bas les conséquences, c'est que l'ouverture de la cornée, très large au dehors, est au contraire trop étroite du côté de la chambre antérieure.

E. *Ponction de la cornée trop rapprochée ou trop éloignée de la base de la pupille.* — La ponction de la cornée doit, autant que possible, être faite dans le centre ou au moins dans l'endroit le plus rapproché possible du centre de cette membrane, par ce double motif que, d'une part, le point de traction sur l'iris étant limité en cet endroit, sur lequel la portion iridienne entraînée roule comme sur une poulie, le décollement se fera dans une étendue convenable, et, d'un autre côté, parce que si la plaie occasionne une tache, la pupille artificielle n'en souffrira pas. Mais s'il arrive que le chirurgien fasse la ponction trop près de la base de la nouvelle pupille, cette ouverture sera infailliblement trop petite, et, pour peu que la plaie cornéenne produise d'opacité, le résultat de l'opération se trouvera gravement compromis.

Au contraire, si le chirurgien ponctionne la cornée trop loin de la base de la pupille, le décollement de l'iris se fait dans une trop grande étendue, inconvénient qui serait en réalité peu de chose s'il n'en résultait qu'une pupille trop grande, mais qui devient très sérieux parce que le décollement de l'iris en totalité ou en très grande partie est ordinairement suivi, soit d'une inflammation traumatique très vive et d'exsudations membraneuses dans le globe, soit d'accidents de toute autre nature, comme l'amblyopie ou même l'amaurose.

F. *Ponction de la cornée plus large à la surface externe qu'à la surface interne.*— Lorsque le chirurgien incline trop le couteau lancéolaire, cet instrument glisse entre les lamelles kératiques et pénètre à peine dans la chambre antérieure, tandis que déjà la cornée est largement divisée à sa surface externe. La plaie de la cornée représente alors un canal trian-

gulaire, exactement semblable pour la forme à la lame du couteau lancéolaire. Ce canal, obliquement placé entre les lamelles, et dont la base est assez large, se termine dans la chambre antérieure par un sommet tronqué assez étroit, qui ne peut permettre la sortie de l'iris et du crochet : l'un et l'autre restent forcément dans la chambre postérieure.

Le même inconvénient de faire une ponction de la cornée plus large à la surface externe qu'à la surface interne arrive encore lorsque le couteau, dirigé convenablement, n'est point enfoncé à une profondeur suffisante, et surtout quand le chirurgien oublie d'agrandir l'ouverture en retirant l'instrument.

G. *Ponction non parallèle à la base de la pupille.* — Lorsque le chirurgien pratique une ponction présentant ce défaut à un haut degré, il se trouve singulièrement gêné pour conduire le crochet vers le point des insertions ciliaires de l'iris qu'il a choisi. En outre, la difficulté de faire sortir le crochet de la chambre antérieure est infiniment plus grande.

H. *Sortie prématurée de l'humeur aqueuse.* — L'humeur aqueuse s'échappe facilement de la chambre antérieure quand le chirurgien n'enfonce point avec précision le couteau lancéolaire dans la cornée, et que l'une des lèvres de la petite plaie se trouve éloignée de l'instrument, soit par une pression intempestive exercée par l'opérateur sur la lèvre opposée, comme cela arrive lorsqu'on juge convenable d'incliner le couteau pour agrandir l'ouverture, soit, ce qui est encore assez fréquent, lorsque l'œil, n'étant point fixé par une pince, fuit rapidement et tend à se cacher sous la paupière supérieure. La sortie prématurée de l'humeur aqueuse n'est point par elle-même un inconvénient; mais comme avec elle disparaît la chambre antérieure, le chirurgien fait une ouverture trop petite à la cornée s'il retire promptement le couteau, ou blesse l'iris s'il veut faire une ponction d'une longueur convenable. Il est plus prudent, quand l'humeur aqueuse s'échappe trop tôt, de ramener vivement à soi l'instrument, sauf à agrandir après coup l'ouverture avec un petit instrument en forme de canif et à pointe mousse.

I. *Blessure de l'iris.* — La pointe du couteau blesse l'iris lorsque l'instrument est enfoncé brusquement à une trop grande profondeur, et que le chirurgien l'a fait pénétrer dans une direction perpendiculaire à celle du diaphragme. Ce même accident se montre encore quand l'humeur aqueuse sortant prématurément par les causes que nous venons d'indiquer, la chambre antérieure disparaît par le fait du rapprochement immédiat de l'iris et de la cornée. La blessure de l'iris occasionne ordinairement, ainsi que nous l'avons déjà dit, un écoulement de sang entre l'iris et la cornée, et, pour peu qu'il soit abondant, les parties sur lesquelles doivent agir les instruments étant masquées, l'opérateur ne peut plus manœuvrer avec la précision si nécessaire dans cette opération. La blessure de l'iris peut être en outre la cause d'une ophthalmie interne plus ou moins grave, toujours capable de compromettre le succès de la pupille artificielle que le chirurgien est parvenu à pratiquer.

Deuxième temps. Introduction du crochet. — Les accidents de ce deuxième temps sont beaucoup moins sérieux que ceux du premier. Voici les principaux : l'hésitation dans l'introduction du crochet ; le glissement de cet instrument entre les lamelles de la cornée ; la difficulté de faire pénétrer le crochet entre l'iris et la cornée par le fait d'une adhérence légère entre ces membranes ; la lésion de l'iris ou celle de la cornée par la pointe du crochet lorsqu'elle est tournée en arrière ou en avant ; et la déchirure de la capsule.

A. *Hésitation dans l'introduction du crochet.*—Elle peut tenir à une connaissance peu exacte de la manœuvre, et surtout à l'oubli de la précaution qu'on doit avoir d'introduire le crochet dans la même direction que l'a été le couteau lancéolaire. Cette hésitation est fâcheuse sous plus d'un rapport: l'attouchement, même léger, de la cornée fait rougir l'œil, occasionne de la douleur, inquiète le malade qui commence à s'agiter dans un moment où la plus grande immobilité est nécessaire. Presque toujours il arrive que les autres temps de l'opération sont exécutés avec moins de précision lorsque ce tâtonnement fâcheux a eu lieu. Si l'on n'a pu pénétrer du premier coup, il est prudent de saisir la conjonctive bulbaire près de la cornée, avec une pince fermant par pression que l'on confie à un aide, à moins qu'il ne soit possible à l'opérateur de la tenir lui-même, ce qui est toujours préférable.

B. *Glissement du crochet entre les lamelles de la cornée.* — Il peut arriver que le chirurgien pousse le crochet entre les lamelles de la cornée, lorsque l'incision a été pratiquée trop obliquement ou même quand elle a été parfaitement bien faite. Dans ce dernier cas, cela tient à ce que le crochet n'a point été conduit dans un sens parallèle à l'incision, ou bien à cette circonstance que les lèvres de la plaie ont perdu leurs rapports naturels, après l'évacuation de l'humeur aqueuse qui suit inévitablement la ponction. Lorsque cet accident arrive, on sent une résistance inaccoutumée, et l'on voit que le crochet, en avançant, imprime dans la cornée une ligne blanchâtre toute particulière, presque semblable à une déchirure. En même temps le malade se plaint d'une douleur assez vive, et le globe, lorsqu'il n'est pas tenu immobile par la pince, tend à fuir rapidement sous la paupière, et s'y cacherait certainement si le crochet fourvoyé dans les lamelles kératiques ne le retenait. C'est à ce moment que le chirurgien, reconnaissant la fausse route de l'instrument, cherche à le dégager ; mais il rencontre alors un obstacle fort difficile à surmonter, et qui consiste en ce que la pointe qui a labouré les la-

melles s'y est solidement implantée et ne peut plus sortir. Le meilleur moyen conseillé par quelques auteurs pour rendre à l'instrument sa liberté, c'est de faire exécuter au manche quelques petits mouvements de traction et de rotation combinées; mais cela est très douloureux pour le malade, et l'on n'arrive au but qu'en déchirant les lamelles dans une certaine étendue. Le plus court parti à prendre, et c'est aussi celui qui fait le moins souffrir le patient, consiste, tout en maintenant l'œil fixé sur le crochet, à tenir cet instrument de telle sorte qu'il ait sa pointe tournée en bas et sa convexité en haut, puis à abaisser le manche, d'abord parallèle à l'iris, jusqu'à ce que la pointe qui, par suite de ce mouvement, exécute un quart de cercle de bas en haut (si l'on fait la pupille dans l'angle interne), se dégage brusquement des brides qui la retiennent. Je ne sache pas qu'il y ait un moyen plus rapide, plus sûr et moins douloureux de faire sortir le crochet ainsi engagé.

C. *Difficulté de faire avancer le crochet entre la cornée et l'iris.* — Elle ne se présente, en général, que dans les cas où, une synéchie antérieure fort large existant, l'iris serait malade et légèrement adhérent à la cornée dans l'endroit même où il conviendrait d'établir la pupille artificielle. On reconnaît alors, en poussant le crochet entre les deux membranes, qu'il imprime un sillon à l'iris, et, s'il se fait une place, qu'il est pressé de toutes parts par le diaphragme qui n'est plus libre, et dont le décollement serait fort douteux. Retirer le crochet de l'œil est dans ce cas la conduite la plus prudente; on le remplace aussitôt par une petite spatule mousse, très flexible, très plate, et au moyen de laquelle on sépare l'iris de la cornée dans une étendue convenable, c'est-à-dire égale au moins à la surface probable de la pupille artificielle qu'on se propose de pratiquer. L'introduction du crochet devient facile alors, et le décollement s'exécute régulièrement, à moins pourtant, ce qui arrive le plus souvent en pareil cas, que l'iris ne soit tellement ramolli, qu'il se déchire et n'offre plus une résistance qui permette de l'entraîner au dehors.

D. *Lésion de la cornée ou de l'iris par la pointe du crochet. Blessure de la capsule.* — Ces accidents ne peuvent arriver que par l'inobservation de la règle établie que le crochet, après avoir pénétré dans la chambre antérieure, doit être dirigé à plat (le dos en haut, la pointe en bas) jusqu'au corps ciliaire, dans une direction parallèle à celle de ces membranes.

Troisième temps. Décollement de l'iris. — Les accidents qui se montrent pendant ce temps de l'opération sont peu nombreux; voici les principaux: l'accrochement de l'iris ailleurs que dans ses attaches ciliaires, la déchirure de cette membrane par mollesse de son parenchyme, l'échappement du crochet, l'impossibilité de décoller l'iris fixé sur de fausses membranes placées à sa surface postérieure.

A. *Accrochement de l'iris ailleurs que dans ses attaches ciliaires.* — Les fibres rayonnées de l'iris convergent vers la pupille, et par conséquent sont rapprochées les unes des autres près de cette ouverture, tandis qu'elles sont notablemen t écartées vers les attaches ciliaires du diaphragme. C'est par suite de cette disposition anatomique que les pupilles artificielles par décollement ont la forme d'un triangle dont la base est à la circonférence de l'iris, et dont le sommet, toujours tronqué, se perd ou dans la pupille naturelle oblitérée par de fausses membranes, ou dans une synéchie antérieure. Il est inutile de dire que les côtés du triangle que dessine la pupille artificielle faite par décollement sont formés par deux de ces fibres rayonnées le long desquelles le parenchyme iridien s'est déchiré lors de la traction exercée par le crochet de l'opérateur. Cette disposition particulière de l'iris devait être rappelée ici; en effet, si l'on implante le crochet ailleurs que sur les attaches ciliaires, c'est-à-dire sur la continuité de l'une de ces fibres rayonnées, ou sur l'étroite bandelette de parenchyme iridien qui les sépare, on ne peut obtenir un décollement régulier, et l'on se borne à déchirer l'iris dans l'espace compris entre ces fibres radiées dont nous venons de parler. L'ouverture presque linéaire saigne, trouble l'humeur aqueuse et la plaie de l'iris se referme bientôt. Quand cela arrive, l'opération, dans la plupart des cas, est manquée.

B. *Déchirure de l'iris par mollesse de son parenchyme.* — Lorsque le diaphragme s'est enflammé et que la phlogose est passée à l'état chronique, le tissu iridien n'a plus son aspect ni sa consistance normale. La couleur primitive est ternie et n'offre plus ces teintes brillantes si remarquables qui distinguent l'iris sain. Les fibres rayonnées ne sont plus si faciles à apercevoir; à la place de la surface veloutée, on voit la trame de l'iris assez semblable, pour l'aspect, à celle d'une étoffe usée. Il est plus que probable que dans de telles conditions le décollement ne se fera qu'incomplètement ou même qu'il sera impossible par le fait du ramollissement de l'iris. Il arrive alors que le crochet, conduit jusqu'aux attaches ciliaires, s'engageant dans le tissu iridien, le laboure entre deux fibres rayonnées sans pouvoir en saisir la moindre partie, et qu'au lieu d'une pupille artificielle on a pratiqué dans l'iris un simple sillon incapable de permettre à la lumière de pénétrer dans l'œil. A part la cause qui est différente, le résultat est le même que celui qu'on obtient dans le cas d'implantation du crochet dans le corps même du diaphragme.

Si l'on s'est servi du crochet simple et que l'iris ait été labouré sans résultat, une seconde introduction de cet instrument jusqu'aux attaches ciliaires, sur un autre point que celui d'abord attaqué, est inutile et même nuisible, parce que les déchirures qui en résultent s'accompagnent d'une hémorrhagie d'autant plus abondante que l'iris est plus malade et que la

transparence de l'humeur aqueuse étant troublée par le sang, l'opération doit être immédiatement abandonnée. Une première tentative avec le crochet ayant donc échoué, il convient alors de remplacer cet instrument par une pince représentant une double érigne, et de harponner l'iris sur deux points différents à la fois. Celle dont je me sers et dont j'ai donné le modèle à MM. Charrière et Luër remplit parfaitement le but. On introduit cet instrument fermé comme le recommande Reisinger, qui a imaginé une pince analogue, et on le dirige, comme un crochet simple, jusqu'aux attaches ciliaires de l'iris. Arrivé là, l'instrument est ouvert, et les deux érignes accrochant la membrane à l'endroit d'élection sont immédiatement rapprochées quand on reconnaît qu'il y a un décollement même léger. De cette manière l'iris est saisi à la fois par les deux crochets et par les mors de l'instrument, et on l'entraîne facilement, à moins, ce qui arrive bien quelquefois, que son tissu soit si ramolli qu'il n'offre aucune sorte de résistance.

C. *Echappement de l'iris du crochet.*—Lorsque le crochet dont on se sert ne présente pas une courbure suffisante, ou que l'opérateur en attirant l'iris vers l'ouverture de la cornée ne prend pas un point d'appui contre la face concave de cette membrane, ou bien que le manche de l'instrument est tenu dans une direction trop parallèle à celle de l'iris, ou enfin que la traction exercée sur l'iris s'est trouvée interrompue par un ou plusieurs temps d'arrêt, l'iris s'échappe de l'instrument et tombe derrière la cornée. Dans quelques cas, on peut espérer de le reprendre avec le crochet introduit de nouveau et l'attirer ainsi au dehors; mais souvent il se déchire, saigne et ne peut traverser l'ouverture de la cornée. Il faut alors le charger promptement avec une pince dont les branches ne soient pas trop fines, lui faire franchir l'incision kératique et l'exciser. Je dois dire cependant que, dans quelques cas où l'iris s'est échappé du crochet, on est obligé, après quelques tentatives infructueuses, de le laisser derrière la cornée.

D. *Décollement empêché par de fausses membranes placées derrière l'iris.*—Lorsque l'œil a longtemps souffert d'inflammations internes, il arrive souvent que de fausses membranes plus ou moins épaisses s'organisent derrière l'iris et forment dans cet endroit un épais rideau qui enlève au malade la sensation presque complète de la lumière, bien que la rétine n'ait pas souffert. Parfois ces fausses membranes n'adhèrent que faiblement à l'iris; dans d'autres cas plus fréquents, elles y sont intimement unies et font corps avec lui; de là deux chances différentes pour le décollement. En effet, quand les adhérences sont faibles, le crochet parvient à entraîner l'iris, tandis que si l'union est trop forte le décollement ne peut être exécuté. Dans l'un comme dans l'autre cas la lumière ne pouvant pénétrer jusqu'au fond de l'œil, il est nécessaire de s'y prendre d'une autre manière et de diviser la fausse membrane seule dans le premier cas, la fausse membrane et l'iris dans le second. Il est rare toutefois, je me hâte de le dire, que cette opération puisse se faire dans la même séance parce que le malade a beaucoup souffert des tentatives qu'on a faites, et aussi parce que la chambre antérieure ayant disparu et du sang s'étant répandu derrière la cornée, il devient fort difficile de voir ce qu'on fait. Cependant si la fausse membrane ou l'iris peut être aperçu, il n'y a point d'inconvénient à agrandir la plaie de la cornée et à essayer, au moyen de ciseaux fins très courbes sur le plat, de faire une perte de substance ovalaire. La manœuvre ne présente rien de très difficile : l'œil est fixé avec une pince; l'opérateur, armé de ciseaux courbes, les fait pénétrer fermés, à plat, et la concavité en avant, dans la chambre antérieure. Lorsqu'ils sont arrivés à 2 millimètres derrière la cornée, ils sont ouverts de manière à tourner leur concavité en haut; l'une des branches est dirigée aussitôt derrière la fausse membrane qu'elle traverse, c'est-à-dire dans la chambre postérieure, tandis que l'autre demeure dans l'antérieure. Le chirurgien rapproche alors les deux branches et divise l'obstacle d'un seul coup. Cette première incision doit mesurer la partie inférieure de la nouvelle pupille; elle présente une légère concavité en haut. Pour pratiquer la seconde incision, les ciseaux sont ramenés tout près de la plaie de la cornée et tournés la concavité en bas; la branche qui était restée dans la chambre antérieure passe à son tour dans la postérieure, et la fausse membrane est divisée sur un autre point et de telle sorte que la concavité de cette seconde incision regarde la concavité de la première. La perte de substance présente alors à peu près cette forme ( ), c'est-à-dire celle de deux parenthèses, avec cette différence que les extrémités des incisions doivent être réunies. Cette double incision faite, la petite perte de substance est enlevée avec des pinces fines. Si la rétine n'a point été désorganisée par l'inflammation qui a produit ces fausses membranes, la vision peut être rendue; malheureusement cette complication fâcheuse est loin d'être rare. Dans tous les cas de l'espèce, il convient d'enlever séance tenante, si faire se peut, le cristallin ou au moins la portion de cristallin en regard de la pupille, parce que ce corps est toujours opaque. On se sert pour cette opération du petit crochet à décollement ou d'une aiguille à abaissement, et d'une paire de pinces fines.

Quatrième temps. Sortie de l'iris. — La sortie de l'iris à travers la plaie cornéenne peut être empêchée par bon nombre de causes que nous avons déjà étudiées, et parmi lesquelles je citerai la ponction trop petite, la ponction trop perpendiculaire à l'iris, la ponction plus étroite en arrière qu'en avant, etc., etc. Une seule cause nous reste à étudier ici, c'est la suivante :

Mauvaise direction donnée au crochet. — L'iris entraîné par le crochet doit traverser aisément la plaie de la cornée ; autrement il se dégage et reste dans la chambre antérieure. Cet accident est produit le plus souvent par la mauvaise direction que le chirurgien donne à l'instrument dont la pointe s'implante alors dans les lamelles cornéennes ; rien n'est plus facile que de l'éviter. Pour sortir librement, le dos du crochet, nous l'avons déjà dit, doit, selon la recommandation excellente du professeur Jaeger, s'appuyer fortement contre la face concave de la cornée jusqu'au moment où l'instrument est sur le point de s'engager dans l'incision kératique. Arrivé près de cette ouverture, il se dirige exactement dans le sens de la plaie par un mouvement de redressement du manche vers la cornée, et il est placé de telle sorte que sa convexité regarde en haut et sa pointe en bas. Si l'on a pressé convenablement derrière la cornée avec le dos du crochet au moment où le manche se relève, les lèvres de la plaie se trouvent un moment écartées, et l'iris est entraîné très facilement au dehors.

Cinquième temps. Excision ou enclavement de l'iris. — Le seul accident possible serait d'emporter avec l'iris, lorsqu'on en pratique l'*excision*, une petite portion de l'une des lèvres de la cornée: il ne faut qu'un peu d'attention pour l'éviter. Quant à l'*enclavement* de cette membrane dans la plaie, il n'arrive point d'accident ordinairement, si ce n'est pourtant la rentrée de l'iris dans la chambre antérieure lorsque la plaie de la cornée est trop large. On doit alors, si l'on choisit cette manière de faire que tout le monde à juste titre juge mauvaise, pratiquer à la cornée une incision beaucoup plus petite. Nous avons dit plus haut, à propos de la chute de l'iris dans la chambre antérieure pendant le décollement, qu'on doit aller le saisir avec des pinces; nous n'y reviendrons point ici.

DESMARRES, D. M.

Syphiliographie.

V. Des maladies vénériennes (suite) (1).

(*Extrait des leçons cliniques de M. le docteur Ricord à l'hôpital du Midi.*)

c. Le chancre phagédénique serpigineux, identique au précédent, s'en distingue par un mode de progression particulier ; tandis que le chancre *phagédénique vulgaire* s'étend régulièrement dans tous les sens, mais presque circulairement et comme autour d'un centre, sur les tissus qui lui offrent le moins de résistance, le chancre serpigineux, sous l'empire d'influences inconnues, affecte une forme assez souvent annulaire, trace sur la peau des segments de circonférence qui parfois se complètent pour former des anneaux plus ou moins réguliers, forme très caractéristique et que nous retrouverons dans quelques manifestations de la syphilis constitutionnelle.

Le chancre phagédénique serpigineux trouve souvent sa raison d'être, la cause qui l'entretient, dans des conditions idiosyncrasiques spéciales : la scrofule est une des plus fréquentes. — La diathèse tuberculeuse, plus funeste encore s'il se peut, car elle reste ordinairement ignorée jusqu'au jour où son alliance avec la syphilis la met en lumière, détermine dans le chancre une déviation si marquée que ce dernier devient pour ainsi dire tuberculeux, et cela avec d'autant plus de certitude que la phthisie est plus avancée.—La disposition *scorbutique*, caractérisée surtout par la diffluence, la défibrination du sang, est une cause puissante de phagédénisme : son intervention est trahie par des hémorrhagies abondantes, des plaies blafardes, la pâleur et la flaccidité des chairs et des téguments, etc. — Mais la condition la plus puissante et la plus commune du chancre serpigineux, c'est la disposition *herpétique* qui peut exister même sans qu'il y ait eu aucune manifestation dartreuse antérieure. En effet, ne s'écoule-t-il pas ordinairement quinze, vingt, trente ans ou même davantage, de la vie d'un sujet frappé de vice herpétique, héréditaire ou acquis, avant que des accidents caractéristiques n'appellent l'attention de ce côté ? Or, la syphilis contractée pendant cette diathèse dartreuse encore endormie subira son influence. Ces déductions légitimes sont confirmées par ce qui se passe chez les malades actuellement atteints d'une affection dartreuse lorsqu'ils contractent l'accident syphilitique, celui-ci prenant aussitôt une teinte herpétique, de la tendance à s'éterniser, enfin la disposition des dartres en général.—En dehors de toute diathèse, les affections cutanées aiguës, la gale même, produit d'une cause tout-à-fait extérieure, peuvent dans leur coïncidence avec l'infection syphilitique être le coup de fouet d'accidents variables suivant les individus et assez intenses pour dominer un instant la scène.

L'accident primitif, prenant ainsi la teinte du terrain sur le lequel il est jeté, subit quelquefois une modification si profonde que sa spécificité disparaît, qu'il perd le pouvoir de se reproduire par l'inoculation ou d'infecter syphilitiquement par la suite l'économie.—En suivant cette voie, nous arriverons à conclure qu'avec certaines dispositions individuelles, diathésiques, l'accident syphilitique primitif pourra être le point de départ, le prétexte d'une dégénérescence quelconque, carcinomateuse par exemple.

Il y a certainement encore d'autres éléments de phagédénisme : dans cette étude importante, pas une condition physiologique, hygiénique ou pathologique ne doit être négligée ; mais, au lieu du vague où était naguère l'histoire de ces accidents, nous n'avons pu encore qu'indiquer la route à suivre ; puissent de nouvel-

(1) Voir le numéro d'octobre dernier.

les recherches nous donner bientôt la clé de ces affections, si mystérieuses encore dans leur marche, leurs causes, etc., qu'après avoir résisté pendant des années aux moyens les mieux combinés en apparence, elles disparaissent souvent tout-à-coup lorsqu'on a cessé tout traitement, ou avec un traitement insignifiant et essayé peut-être vingt fois sans succès !

Art. 3. — *Le chancre induré*, si terrible par ses résultats généraux, l'est bien moins que le précédent comme accident local : il est aussi mieux connu.

Bien que *Hunter* ait fait de l'induration (déjà décrite par *Vigo*, *Celse*, etc.) un des caractères spécifiques du chancre, elle n'en est qu'un accident, une complication, comme le phagédénisme et ses formes, et comme eux placée sous la dépendance de conditions individuelles; ces conditions idiosyncrasiques de l'induration sont dans une analogie complète avec les dispositions en vertu desquelles on contracte la variole ou la vaccine; cette analogie va même plus loin, car, en dehors d'une infection ou d'une induration antécédentes, il est impossible de dire pour les unes ni pour l'autre qu'en vertu de telle condition physiologique, hygiénique ou pathologique, tel individu sera ou non réfractaire à l'infection. Le siége de l'accident primitif n'a donc aucune influence sur son induration, qui seulement se formule, se dessine mieux dans certaines régions que dans d'autres, dans la rainure, sur le revers du prépuce, le limbe, mieux que partout ailleurs; c'est une pure question de forme, non d'existence. — Le traitement subi par l'accident primitif empêcherait l'induration s'il pouvait être fait assez longtemps à l'avance pour prévenir la modification générale dont cette variété du chancre est l'expression. — L'induration nous a semblé se manifester très rarement avant le quatrième ou le cinquième jour réel de la contagion, ordinairement à partir du premier septénaire, et enfin exceptionnellement au vingtième, trentième ou quarantième jour de l'infection; ce retard tient sans doute à l'absence des conditions idiosyncrasiques nécessaires pour l'induration, conditions manquant aujourd'hui, mais qui pourront être acquises demain sous l'empire de modifications hygiéniques, physiologiques ou pathologiques encore inappréciables, conditions inviduelles analogues à celles qui favorisent l'action du virus vaccin ou variolique.—Quoi qu'il en soit, l'induration est un accident précoce en général (point important pour le traitement abortif), et auquel on est d'autant moins exposé qu'on s'éloigne d'avantage du début.

C'est un fait d'observation qu'une infection constitutionnelle antérieure, un premier chancre induré, empêchent l'induration de l'accident primitif plus récemment contracté, la diathèse dont le chancre induré est la manifestation la plus précoce ne pouvant se *doubler*, se renouveler par une nouvelle infection; cela étant, on concevra cependant que des chancres *successifs* à celui qui s'indure, de la même période, dérivant de lui, peuvent tous s'indurer, passer en quelque sorte à l'état d'accidents secondaires, pendant un espace de temps non encore précisé.—Un traitement mercuriel antérieur non motivé, comme celui que beaucoup de praticiens dirigent encore contre une simple uréthrite, par exemple, ne préserve pas de l'induration si les conditions idiosyncrasiques y sont d'ailleurs. En présence des mêmes conditions, le même médicament administré au début des accidents primitifs ne les empêche pas d'arriver à l'induration, au moins dans la majorité des cas; bien plus, ce moyen prophylactique incertain tend même, s'il est manié par des mains inhabiles, à faire dévier le chancre, à l'amener au phagédénisme : nous reviendrons sur ce point important.

Le chancre induré est ordinairement unique, isolé; les autres, au contraire, sont le plus souvent nombreux, remarque intéressante pour le diagnostic. Ce chancre, le moins inflammatoire de tous, est comme planté au milieu des tissus sains qui semblent peu ou point impressionnés par sa présence; dépouillé d'auréole, à bords peu ou point décollés et saillants, il présente un fond chagriné, déchiqueté, diphthéritique, et une base saillante qui, soulevant les tissus où elle est implantée, relève l'ulcère au niveau des parties voisines : cet ulcère est donc *saillant par la base*, tandis que l'*ulcus elevatum* simple l'est par son fond. Il est peu douloureux, sa sécrétion peu abondante, ce qu'il ne faut pas perdre de vue; car, dans le cas d'induration d'un chancre larvé, les signes tirés de la suppuration, de la douleur, etc., manquent presque complètement. Larvé ou non, il peut être pour cela fort longtemps ignoré du malade qui souvent même ne l'aperçoit qu'à l'instigation du médecin. Quelquefois la base seule est indurée et les bords sont mous, ou bien, au contraire, la base, glissant dans les tissus, est à peine œdématiée, peu perceptible, tandis que les bords présentent un magnifique cercle d'induration, induration annulaire, *syphilide annulaire primitive*, si l'on nous permet ce rapprochement; certaines pustules d'ecthyma à bords durs seraient facilement confondues avec cette forme.

Bell a comparé la base indurée du chancre à un pois coupé en deux et dont la face plane supporterait le fond de l'ulcération : comparaison juste en général. Cet antécédent fatal de la syphilis constitutionnelle donne une sensation tactile analogue à celle du fibro-cartilage : sa dureté élastique, sa rénitence particulière, *sui generis*, veulent être perçues une fois; la peau ou la muqueuse, tendues sur sa base artificiellement ou par le fait même de l'induration, prennent une blancheur nacrée due à la vacuité produite ainsi dans les capillaires. L'induration est toujours plus étendue que l'ulcère qu'elle supporte, disproportion telle, parfois, lorsque l'ulcère est fort petit, qu'il a pu rester inaperçu et l'induration passer pour primitive. Après dissection, on trouve cette base formée d'un tissu plastique analogue à

celui du cartilage vrai, lymphe coagulable condensée, sorte d'épanchement, d'apoplexie plastique dans ce lacis de capillaires lymphatiques ou veineux si riche aux environs du gland, dans le repli prépucial : c'est en effet là que se formule le mieux l'induration.

Certains états du chancre peuvent-ils en imposer pour l'induration spécifique? Difficilement. Les engorgements phlegmoneux, inflammatoires ou œdémateux donnent la sensation mate du plomb, sans élasticité ni rénitence, quelquefois même s'enfoncent sous le doigt; l'œdème dur, squirrhoïde, du prépuce présente seul une *semi-rénitence* assez parfaite pour forcer à placer là parfois un point d'interrogation. — La cautérisation par le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure et surtout l'acétate de plomb pur, surprend quelquefois les tissus, les durcit, leur communique une rigidité analogue à l'induration; l'interrogation du malade éclaircira les cas douteux; quant à cette prétention de produire à volonté l'induration en cautérisant le chancre, nous mettons au défi qu'on nous la justifie là où manquent les conditions idiosyncrasiques d'infection. — Souvent l'induration, noyée dans un foyer inflammatoire phlegmoneux ou œdémateux qui la domine, l'étouffe et peut être méconnue jusqu'au moment où tombera cette enveloppe vulgaire qui nous masque tous les caractères de l'accident; il suffit dans ce cas de savoir attendre.

Autre cause d'erreur : qu'un sujet porteur d'une cicatrice indurée s'expose à la contagion, il se pourra faire que celle-ci s'opère précisément dans ce point récemment cicatrisé, saillant et de tissu moins solide que le reste. Un nouveau chancre sera donc enté sur une *base indurée d'emprunt*, circonstance qui, mal interprétée, pourrait faire croire à une répétition de l'induration dans un nouvel accident primitif.

Malgré sa marche essentiellement lente, son indolence, le chancre induré parcourt bien plus rapidement ses périodes que toutes les autres variétés à marche aiguë de forme inflammatoire; c'est qu'il ne subit aucune déviation dans sa période spécifique qui cesse aussi beaucoup plus vite en raison de ce passage incessant de l'état primitif à l'état secondaire dont le chancre induré est déjà le premier terme, transformation graduelle qui amènera nécessairement la cessation de sa transmissibilité par inoculation, qu'il garde un certain temps encore après l'apparition de l'induration : en général, dans la circonscription du 2e au 3e septénaire. Il peut cependant, sous l'influence d'une des conditions de déviation énoncées, contracter une irritation qui s'élève jusqu'au taux gangréneux; et cela non-seulement par *excès d'inflammation*, mais encore par *excès d'induration*, par une sorte d'asphyxie, d'apoplexie plastique de la trame organique. Cette gangrène interstitielle, moléculaire, procède plutôt du centre de l'ulcère que de la circonférence, par îlots circonscrits dont la disposition donne à sa surface l'aspect chagriné (gangrène ponctuée) : inutile de dire que cette gangrène consécutive à l'infection générale n'y change rien; c'est un effet local qui disparaît, rien de plus. Le chancre induré, ainsi ramené à l'état de plaie simple, devient susceptible de subir les diverses transformations que nous avons décrites, toutes les formes de phagédénisme. Il est peut-être plu fréquent de voir un chancre induré passer au phagédénisme gangréneux ou diphthéritique qu'une ulcération spécifique contracter l'induration après un long phagédénisme. Toute transformation dans le sens syphilitique est même impossible au chancre phagédénique gangréneux qui pourra prendre seulement le caractère scrofuleux, dartreux et suivant les idiosyncrasies.

§ 4. *Irrégularités de la période de réparation.* —Ce sont celles de toute plaie simple en voie de cicatrisation. On a voulu y voir autant de variétés du chancre à cette période, autant de transformations distinctes auxquelles on a imposé des noms différents : le chancre bourgeonnant est caractérisé par l'exubérance de ses bourgeons charnus, disposition qui peut aussi se compliquer d'un état fongoïde ou hémorrhagique chez les sujets scorbutiques ou scrofuleux; mais ce ne sont là que des accidents sans spécificité aucune et auxquels nous ne nous arrêterons pas plus longtemps. — Les végétations proprement dites sont-elles de nature spécifique? A notre sens, le chancre, comme tout autre irritant, n'en est que le prétexte; nous y reviendrons.

Le bourgeonnement exubérant de l'ulcère dont les granulations franchissent les bords peut, dans certaines régions surtout, lui donner l'aspect de plaques muqueuses : la distinction est quelquefois impossible si on n'a suivi pas à pas la transformation, d'où sans doute la croyance aux plaques ou papules muqueuses primitives, erreur qu'on eût facilement évitée en tenant compte de l'époque de l'infection, toujours et fatalement assez éloignée pour que l'accident ait eu le temps d'arriver à la période de réparation. — Quelquefois le chancre induré prend sur place non-seulement l'aspect, mais la nature de la plaque muqueuse, *transformation in situ* (1) de l'accident primitif inoculable en un accident secondaire qui ne s'inocule plus, passage en quelques jours de la syphilis locale à la manifestation constitutionnelle.

Il nous suffira de dire que toutes les formes de cicatrices vicieuses peuvent se rencontrer ici. — L'induration mérite une mention spéciale; le chancre cicatrisé, elle disparaît aussi, mais généralement beaucoup plus tard, un mois (muqueuse vaginale ou vulvaire), deux, trois, quatre, six mois ou plus; elle peut même persister pendant une ou plusieurs années, comme nous en avons maint exemple.

(1) Parfaitement décrite dans le travail de MM. Deville et Davasse sur les plaques muqueuses (*Archives de médecine*, 1845).

CHAPITRE QUATRIÈME.

DIAGNOSTIC.

Sa source : diagnostic absolu, diagnostic rationnel.—Particularités de siége. § 1. *Eczéma, herpes præputialis. — Chancre larvé à symptôme blennorrhagique*; a. *chez l'homme: incubation, couleur, odeur, points douloureux et engorgés, boursouflement des lèvres du méat, miction, abondance de l'écoulement, bubons, absence de ténesme vésical et d'érections, durée, exploration directe.* — b. *chez la femme.* — § 2. *Chancre des parties génitales internes de la femme. Du speculum : son mode d'application.* — § 3. *Du chancre anal, valeur de l'infundibulum ani.* — § 4. *Chancre de l'orifice supérieur du tube digestif.*

§ 1er.—Nous avons dit qu'il n'y a pas un seul signe univoque, incontestable de l'ulcère syphilitique, pas un en dehors de l'inoculation : la source de l'accident et le point de départ n'ont rien d'absolu; car, en supposant établies toutes les conditions d'infection, l'existence des chancres démontrée chez la femme soupçonnée, pourra-t-on conclure qu'elle a *nécessairement* transmis l'infection?— Le siége n'a aucune valeur, puisqu'on trouve aussi bien une ulcération simple à la verge qu'une ulcération spécifique au doigt; l'incubation non plus, puisque nous n'avons d'autre jalon pour l'apparition du chancre que le dire du malade; la forme, la profondeur, la consistance de l'ulcération, sa couleur, sa marche, sa durée, rien, absolument rien : la guérison de l'ulcère, obtenue par un pansement spécifique, n'est pas davantage la pierre de touche de la spécificité de l'accident. Mais avec ces caractères réunis, sainement appréciés, on arrive à un diagnostic *rationnel* suffisant dans la plupart des cas.

L'herpes præputialis et l'eczéma, causes d'erreurs journalières, débutent par du prurit, de la rougeur, et un peu de tuméfaction très circonscrite : bientôt se développent des vésicules superficielles, petites, rapprochées, irrégulièrement groupées, puis la rougeur se circonscrit et en même temps la sérosité des vésicules devient purulente, et celles-ci se couvrent de croûtes d'un jaune brunâtre débordant la base de la vésicule, ce qui donne à l'éruption le caractère herpéto-impétigineux. Sous ces vésicules se trouvent de petits ulcères parfaitement arrondis, bien découpés, avec un fond gris, mais superficiels, n'entamant que la moitié de l'épaisseur du tégument (comme les aphthes, véritable herpes intra-buccal) : à ces caractères ambigus s'ajoute quelquefois un peu de tuméfaction ganglionnaire; mais restez en expectation pendant quatre, cinq ou six jours, et vos doutes se dissipent avec l'éruption. Plus vite encore l'inoculation ou plutôt la cautérisation bien faite, profonde, vous délivrera d'inquiétude au sujet de ces ulcérations douteuses; ne vaut-il pas mieux tuer un herpes pris pour un chancre que de laisser arriver ce dernier à ses funestes conséquences?

a. Le chancre larvé uréthral à symptôme blennorrhagique (blennorrhagie virulente des auteurs), affection différant de ce que nous avons vu jusqu'ici par tant de caractères qu'on en ferait presque une maladie à part, est excessivement rare relativement aux autres accidents syphilitiques et à la blennorrhagie, la plus commune de toutes les maladies vénériennes; mais ce qui simplifie beaucoup la question, c'est que l'immense majorité de ces chancres uréthraux siége dans les parties antérieures du canal, en raison de la facilité plus grande avec laquelle y arrive le véhicule du virus : ils seront visibles en tout ou en partie, ou complètement larvés, et ces derniers surtout nous occuperont au point de vue du diagnostic; les nier comme on l'a voulu faire, parce qu'on ne les voit pas, c'est se mettre en demeure de nier aussi la partie postérieure du chancre incomplètement larvé et dont on découvre la tête entre les lèvres du méat.— Tous les partisans de la *blennorrhagie virulente*, qu'ils la supposent idiopathique, ou la croient avec nous *symptomatique* du chancre, admettent la nécessité d'une *incubation* qui serait caractéristique, et sur laquelle a beaucoup insisté un de nos collègues, M. Puche, médecin de cet hôpital : nous avons vu la blennorrhagie la plus simple se développer indifféremment après 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 15 jours et plus, ce qui constitue une incubation en apparence excessivement longue, quand, par contre, chez des individus, porteurs d'un chancre uréthral *constaté par l'inoculation*, la manifestation s'est faite après un temps très court. Rapprochant cela de ce que nous avons dit de la marche du chancre en général, nous arrivons à conclure que la durée de cette prétendue incubation n'est d'aucune valeur pour le diagnostic différentiel.

Quelques syphiliographes attribuent au pus de la blennorrhagie virulente une teinte sombre, ils diraient volontiers cuivrée; d'autres la couleur verte, sans vouloir remarquer que cette teinte dénote seulement un état catarrhal plus ou moins marqué. Un caractère important, mais non absolu, se tire du mélange de sang avec le pus qui est strié ou rouillé, roussâtre, comme dans toute ulcération saignant facilement : forte présomption en faveur de l'existence du chancre uréthral, sauf médication perturbatrice, violences récentes.— Jamais nous n'avons pu trouver dans l'odeur du pus virulent un caractère distinctif, comme le veut un de nos confrères.— Dans la blennorrhagie virulente il y a très souvent un *point plus douloureux* à la pression, ordinairement près du méat, dans la région balanique; nous l'avons vue rarement plus loin; même douleur dans la miction, et en outre dans le même point de l'*engorgement* dû à de l'œdème, à un phlegmon ou à l'induration de la base de l'ulcération; mais on comprend qu'un simple phlegmon sans ulcération simule parfaitement ce caractère. La région balanique surtout est le siége d'un engorgement phlegmoneux,

la *corde balanique*, qui, s'étendant à toute la périphérie de la fosse naviculaire, donne la sensation d'un tuyau de plume logé dans cette partie; mais l'engorgement réel, sensible surtout vers la base du frein, et le plus ordinairement circonscrit, limité, existe en l'absence des symptômes d'inflammation vive qui signalent les engorgements phlegmoneux. — Pour apprécier l'induration uréthrale, il ne faut pas prendre le gland transversalement, mais de haut en bas, de manière à n'avoir, entre le doigt qui explore et le point induré, que la moindre épaisseur de tissus : sans cette précaution, on pourrait méconnaître une induration existante.— Dans les chancres uréthraux de la région balanique, la lèvre correspondante du méat est boursouflée et renversée; la blennorrhagie produit quelquefois le même effet, mais sur les deux lèvres à la fois. — Légère difficulté dans la miction, jet d'urine tourmenté, diminué.— La quantité de pus versée au dehors est dans certains cas un bon indice; ainsi le chancre uréthral non compliqué de blennorrhagie s'accompagne d'un écoulement bien moindre que celui de la blennorrhagie; mais la coexistence fréquente, ordinaire, de celle-ci vient obscurcir le diagnostic. — Le *bubon*, très rare avec un simple écoulement uréthral, devient, en présence de ce symptôme, un témoin à charge, un nouvel indice du chancre uréthral.

Quand aux signes précédents s'ajoutent l'*absence* de *ténesme vésical* et d'*érections* fréquentes, le diagnostic acquiert encore plus de certitude, mais sans devenir absolu; car des ulcérations non spécifiques s'accompagnent de phénomènes analogues.— On ne peut absolument rien conclure de la *durée* de la maladie. — Qu'ajoutent à ces probabilités les différents modes d'exploration récemment proposés? L'*exploration avec la sonde*, toucher intérieur, ne fait constater, comme l'autre, que l'existence d'un point plus sensible; mais, dans la blennorrhagie simple, et même à l'état sain, dans les points où la paroi uréthrale change de nature, nous trouvons des nœuds de sensibilité qui pourraient nous tromper : la douleur qui dénonce le chancre est plus vive, me direz-vous; mais peut-on admettre un signe diagnostic appuyé uniquement sur une différence du plus ou moins dans la perception d'une sensation? Enfin vient le *speculum urethri* de Ségalas, un moyen fort ingénieux, fort séduisant sans doute, en théorie, mais nul en pratique, comme chacun pourra s'en convaincre par sa propre expérience.

En dehors de l'inoculation, le diagnostic du chancre larvé ne repose donc que sur des probabilités isolément faibles, la nature de l'écoulement, la douleur spontanée ou à la pression, l'existence d'un noyau d'engorgement, etc., ce qui rend plus précieux encore que pour le chancre patent le moyen de diagnostic absolu.

b. Comme l'homme, et peut-être plus que lui, la femme est sujette au chancre uréthral; chez elle encore il est plus difficile à constater. Ces deux circonstances nous portent à croire que beaucoup de bubons prétendus d'*emblée*, de cas de syphilis constitutionnelle sans accidents primitifs, doivent être rapportés à des chancres uréthraux méconnus.

§ 2. — Le vagin est très rarement le siége de chancres; de toutes les parties génitales internes, le col est celle où on le trouve le plus fréquemment. Or, comment arriver à constater l'accident sans la *vue*? Il n'est pour cela qu'un seul moyen, le speculum, qui, grâce à nos efforts, est devenu d'un usage journalier. Les qualités d'un bon speculum sont, au point de vue de la malade, de dilater le moins possible l'anneau vulvaire, sans gêner en rien l'écartement de l'extrémité antérieure des branches, et, au point de vue du médecin, d'être d'un transport et d'un entretien faciles; qualités dispersées dans chacun de ceux que le désir d'être utile ou le charlatanisme proposa tour à tour, et que nous nous sommes efforcé de réunir dans un même instrument, le spéculum bivalve à manche articulé (1).

La plus minutieuse propreté est de rigueur pour cet instrument *suspect*. La dorure même, que nous avons mise en vogue et qui fut matière à de si plaisantes interprétations, nous semble de première nécessité, puiqu'elle préserve à coup sûr de l'oxydation ces pièces de métal continuellement souillées de liquides de toute espèce.

Manœuvre opératoire. — La malade doit être couchée en travers sur son lit, un oreiller sous la tête, une chaise sous chaque pied, le bassin reposant sur le bord extrême du lit. Mais nous allions oublier que le plus difficile, surtout pour le jeune médecin que nous avons particulièrement en vue dans ces détails, était d'amener la malade à cet examen, qu'il ne faut pas solliciter, le refus serait certain. Le médecin, évitant tout ce qui pourrait ressembler à de la séduction, doit sans marchander aller droit au but : présenter dignement, sérieusement la main à la malade, la conduire vers son lit et prendre ses dispositions avec la gravité la plus froide, seul moyen d'amener à bien cette exploration scabreuse, surtout, nous le répétons, pour nos jeunes confrères. En agissant ainsi, j'ai surmonté presque sans peine les répugnances les mieux établies, voire même la pruderie anglaise! Le speculum, préalablement trempé dans l'eau chaude et graissé avec du cérat de préférence à l'huile, sera saisi à pleines mains, les branches en bas et vers la malade, l'index étendu sur l'arête supérieure; le médius gauche, légèrement introduit dans la vulve, se place sur la fourchette, tandis que l'annulaire et l'indicateur

(1) La description du speculum de M. Ricord ayant été insérée *in extenso* par ce chirurgien dans ce journal (9e numéro, 1834), j'y renvoie le lecteur. (V. aussi le Traité pratique des maladies vénériennes.)
E.-C.

écartent les nymphes. On porte alors sur le médius gauche l'extrémité antérieure de l'instrument, tenu lui-même parallèle au plan de la vulve, et une dépression légère de la fourchette, en même temps qu'un mouvement de bascule de l'extrémité postérieure de l'instrument, lui fait franchir l'anneau vulvaire. En même temps qu'il file dans la vulve, un quart de rotation sur son axe amène la valve de droite (par rapport à l'opérateur) sous le méat urinaire. Dès lors plus de difficultés, quelque étroite que soit la femme; on pénètre dans le vagin, suivant sa direction connue, en se guidant sur la traînée de mucosités, véritable fil d'Ariane qui le remplit. A ce point de l'opération, un écueil facile: dans un mouvement d'ascension trop brusque, on peut manquer le col, et, engageant l'extrémité de l'instrument dans le cul-de-sac *péri-utérin*, pousser plus ou moins loin, suivant l'élasticité du vagin auquel on a affaire, sans rencontrer le col. Il suffit de retirer un peu l'instrument et de reprendre une meilleure direction. Un léger mouvement de bascule, analogue au *tour de maître*, vous fait, avec un peu d'habitude, emboîter le col comme une bille de bilboquet, et cela avec d'autant plus de certitude que le toucher vous aura préalablement indiqué sa position. Le but atteint, on tourne tout-à-fait les manches vers la région inguinale gauche (1), et la malade les assujétit elle-même, ou bien on les donne à tenir à un aide; mais c'est le cas le plus rare, la femme ne consentant à cet examen que dans le tête-à-tête, par un motif de coquetterie très naturelle et qui est le secret de bien des refus en apparence insurmontables. Tenons-nous donc pour avertis: mais, dans notre intérêt, demandons toujours au préalable la présence d'un tiers, mère, amant ou mari, sauf à nous rendre ensuite à l'insistance de la malade.

Les ulcérations primitives du col se rapprochent des érosions simples plus ou moins superficielles dont cet organe est si fréquemment le siége, et on a souvent quelque peine à les en distinguer. La cause des ulcérations simples, le mécanisme de leur formation, sont fort variables : leur surface est ordinairement lisse, granuleuse comme la surface d'une plaie en voie de cicatrisation, et le plus souvent elle résulte de la destruction de l'epithelium ; celles qui sont le terme de l'inflammation catarrhale, *mucite génito-sexuelle, granuleuse, ulcéreuse*, semblent sortir du col, en être vomies, ou, ce qui est plus exact, du point qu'elles occupent elles filent dans la cavité utérine. On a dit que, produites par le passage du mucopus utérin, elles occupaient le plus souvent la lèvre postérieure en raison de sa déclivité, cette lèvre se trouvant alors affectée de la même manière que la lèvre supérieure dans le coryza. L'analogie est satisfaisante si la lèvre postérieure du col est régulièrement et absolument inférieure par rapport à l'autre. Oui, dans le cubitus dorsal ; mais dans la station droite ou assise, au contraire, les deux lèvres seraient à peu près de niveau s'il n'y avait presque toujours quelque inclinaison vicieuse de la matrice (ordinairement une antéversion), auquel cas le col, porté en arrière et en haut, vient s'appuyer sur la cloison recto-vaginale par sa lèvre postérieure alors plus élevée que l'antérieure; aussi les ulcérations me semblent devoir être surtout attribuées à cette pression. Au reste, il est encore plus fréquent de les trouver étendues à toute la circonférence du museau de tanche qu'isolées, même sur la lèvre postérieure. Le chancre du col, au contraire, le plus souvent *isolé*, siége de préférence sur la lèvre antérieure, ou plus loin de l'orifice, vers le cul-de-sac uréthro-vaginal, parfaitement délimité, circonscrit et ne filant pas habituellement vers le col; notre réserve indique pourtant que cela peût arriver comme pour tout autre orifice naturel ; ces conditions de siége trouvant leur raison d'être dans le mécanisme du coït, nous n'avons pas besoin de nous y arrêter plus longtemps. Il est caractérisé, en outre, par l'aspect particulier de son fond et de ses bords à la période de progrès, circonstances qui suffisent dans presque tous les cas au diagnostic rationnel. Faut-il dire que pour lui comme pour tout autre nous ne connaissons encore qu'un seul signe pathognomonique, l'inoculation? A la période de réparation, lorsque le fond s'élève et que les bords s'affaissent, lorsque tombe la couche diphthéritique, le chancre n'est que très difficilement différencié, quand il peut l'être, de l'ulcération. Au demeurant, on a toujours la ressource de ce dilemme : L'ulcération est simple ou a repris les caractères de la plaie simple sans avoir quitté l'état local, et alors la recherche de sa nature est actuellement de peu d'importance pour nous; ou bien le chancre a déterminé l'infection, et dans ce cas des manifestations de la diathèse viendront bientôt nous éclairer. On peut voir se manifester au même siége plusieurs variétés d'accidents secondaires : les antécédents et surtout les concomitants aident puissamment au diagnostic. Enfin, chez la femme comme chez l'homme, nous voyons l'ulcère spécifique se développer quelquefois au milieu des accidents secondaires, s'établir même sur ces derniers ; complication qu'il est important de bien démêler et pour laquelle on sera fondé à faire intervenir l'inoculation dans les cas douteux.

§3. — Le *chancre anal* est fréquent aujourd'hui, mais, heureusement pour la morale, beaucoup moins qu'autrefois ; son siége précis est un élément précieux de diagnostic différentiel et peut appuyer des présomptions sur le mode de transmission des accidents. Mais combien est effrayante la légèreté avec laquelle sont traitées ces questions dans les ouvrages de médecine légale, même modernes ! combien est lourde la responsabilité du médecin dont le rapport va devenir la base de

(1) Le plein des valves s'oppose ainsi aux parois vaginales dans le sens où tend à s'opérer leur plus grand rapprochement, c'est-à-dire d'avant en arrière.

l'accusation ou de la défense! Un accident primitif siége à la marge anale, sur la ligne médiane, dans le point d'élection du chancre résultat de rapports antiphysiques : êtes-vous en droit, vous médecin, de conclure à ces rapports, quand vingt autres explications, moins graves et aussi plausibles, s'offrent à vous? Passez en revue tous les modes d'implantation du chancre dans cette région, si diverse chez les enfants, les individus des deux sexes, etc., discutez-les sous toutes leurs faces, mais gardez-vous, sauf évidence absolue, de lancer une conclusion qui doit entraîner l'esprit des juges.

Le chancre résultant de rapports antiphysiques affecte le plus ordinairement la région antérieure de l'anus (région ano-périnéale) : il est pour ainsi dire à l'anus ce que le chancre de la fourchette est à la vulve; en raison de la position que prennent les malheureux qui se livrent à cet infâme commerce, cette partie antérieure, moins soutenue en outre que les autres, est violentée, déprimée plus fortement; de là distension, déchirure. Après elle vient, par ordre de fréquence, la région ano-coccygienne, plus faible que les latérales, en vertu de la disposition des fibres musculaires du sphincter qui ont là leur point d'enchevêtrement. Ordinairement ce chancre est de forme allongée, file dans l'anus; quelquefois il est tout-à-fait interne : telles sont les conditions du chancre *à præposterâ venere*. Mais est-ce à dire que tous ceux siégeant aux mêmes points seront fatalement dus à la même cause? que siégeant ailleurs on ne devra point les rapporter à cet infâme commerce? mille fois non; car le pus d'un autre ulcère primitif a pu y être porté par les doigts, celui d'un bubon virulent coulant le long du pli génito-crural y arriver de même, etc.; nous n'avons énoncé qu'une loi générale que nous formulerons ainsi, mais toujours avec les mêmes réserves : plus le chancre sera anal, plus vous serez en droit de le considérer comme une conséquence de contagion directe. M. Cazenave est arrivé, au contraire, à conclure que le plus souvent l'ulcération péri-anale est simple, et vice versâ : vous verrez où est la vérité.

Les signes tirée du siége, de la forme du chancre, etc., ont bien plus de valeur que le prétendu *infundibulum* de l'anus, dont on a fait tant de bruit, erreur funeste à beaucoup de sujets, de phtisiques surtout, où l'anus présente cette forme à un degré remarquable. Je ferai remarquer que les *coutumiers du fait*, qui seuls peuvent présenter l'infundibulum, sont, en raison de l'habitude de ces manœuvres, bien moins exposés à contracter le chancre que ceux qui s'y livrent pour la première fois, et que l'étroitesse des parties met, au point de vue de l'infection, dans les mêmes conditions que les femmes vierges.—Les végétations et les plaques muqueuses péri-anales constituent encore des causes d'erreur en produisant une sorte d'infundibulation que nous avons appelée *par soulèvement* (1) pour la distinguer de la précédente, nommée, par opposition, *par affaissement*. Des fissures mécaniques, de simples déchirures, quelle que soit leur cause, peuvent en imposer pour des ulcères primitifs de la région, et vice versâ, ce qui est bien plus grave. L'eczéma, l'herpes, le prurigo, les végétations, ont été, chacun dans leurs attributions, des causes fréquentes d'erreur ou de doute : les moyens de diagnostic du chancre sont ici les mêmes que dans toute autre région.

§ 4. — A l'orifice supérieur du tube digestif, l'ulcère primitif siégeant bien plus fréquemment sur les lèvres, la langue, etc., que dans des points plus profonds, nous trouvons déjà une condition de diagnostic dans la considération de leur siége. Les fissures, si fréquentes en hiver surtout, ont pu quelquefois être prises pour le chancre ou celui-ci confondu avec elles. A cette erreur malheureusement commune, bien qu'assez grossière, il faut rapporter bien des histoires de syphilis constitutionnelle d'emblée, etc.; l'herpes, les divers eczéma, les aphthes, sont quelquefois une image des plus fidèles du chancre : fond diphthéritique, bords, base, etc., tous les caractères s'y trouvent réunis un moment; mais l'erreur est courte, car en quelques jours les aphthes ont disparu et jamais ne s'accompagnent d'adénite *aiguë*. La stomatite ulcéreuse, simple ou à tendance scorbutique, ou déterminée par un traitement mercuriel, peut causer quelque hésitation, comme certains ulcères des fumeurs qui occupent les commissures ou le bord de la langue; enfin les indurations ou ulcères carcinomateux des lèvres, semblables en tout au chancre (base indurée, bords, engorgements ganglionnaires), n'en diffèrent que par l'absence des manifestations de la syphilis constitutionnelle. Il faudra toute votre attention pour distinguer les ulcérations secondaires de ce siége d'avec l'accident primitif, qui y est sujet en outre à la *transformation in situ*, et qui ne pourra plus être différencié de la plaque muqueuse que par ses antécédents seuls et l'arrivée prochaine des premières manifestations : ces mêmes antécédents et surtout les concomitants aideront puissamment au diagnostic des ulcérations secondaires.

ED. COURTIN,
Élève interne à l'hôpital du Midi.

(1) Ou *anus vulvoïde* dans une variété qui simule assez exactement les parties génitales externes de la femme.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance ; par F.-L. Legendre, docteur en médecine, ancien interne lauréat (médaille d'or) de l'Hôpital des enfants malades de Paris, lauréat (médaille d'or) de l'Ecole pratique (1).

Attaché pendant deux ans comme interne au service de M. Baudelocque, à l'Hôpital des enfants malades, l'auteur a tiré plus utilement parti des matériaux qu'il a recueillis, en se bornant à une série de travaux sur des matières encore imparfaitement étudiées ou mal interprétées, que s'il se fût laissé aller à l'entraînement, aujourd'hui si commun, qui porte les anciens internes des hôpitaux à publier des traités généraux. Le titre général de l'ouvrage de M. Legendre indique que c'est surtout l'anatomie pathologique qu'il a eue en vue; mais ce n'est pas l'anatomie pathologique brute, celle qui n'est guère qu'un simple et stérile objet de curiosité ; c'est l'anatomie pathologique dans les points où elle touche de près à la clinique, celle qui n'intervient que dans l'intérêt de certaines vérités pratiques. Il pense, pour son compte, que l'anatomie pathologique, pratiquée plus ou moins superficiellement par un assez grand nombre de personnes, ne l'est que bien rarement avec la patience et le labeur requis. Il y a par conséquent encore beaucoup à lui demander. Ainsi, à la suite de troubles fonctionnels longtemps prolongés, il se développe souvent des lésions organiques qu'on est tout d'abord porté à considérer comme cause, tandis qu'elles ne sont qu'effet. M. Legendre cite comme exemple la diarrhée des enfants. Si, dans ce cas, l'on attribue le rôle de cause aux altérations intestinales, qui ne sont qu'un effet de la prolongation du flux diarrhéique, on sera conduit par cette fausse appréciation à un traitement erroné et souvent funeste. Nous allons indiquer successivement les travaux qui composent l'ouvrage de M. Legendre, en en signalant les résultats principaux.

Etudes sur les deux formes de la méningo-encéphalite tuberculeuse. L'auteur cherche à prouver, dans ce mémoire, que les auteurs ont eu tort d'avancer que la méningo-encéphalite, dite tuberculeuse, ne sévit que sur des enfants d'ailleurs tuberculeux. Pour lui, il a au contraire observé que cette affection se manifeste le plus ordinairement chez des enfants d'une santé en apparence très bonne ou à peine altérée, et ne présentant à l'auscultation ou à la percussion aucun signe appréciable propre à révéler l'existence de la tuberculisation dont ils étaient atteints. Ayant constaté en outre que dans ce dernier cas la maladie était parfaitement régulière dans sa marche, tandis que chez des enfants phthisiques elle avait au début une marche fort irrégulière et une terminaison en général beaucoup plus rapide, il fut naturellement conduit, d'après cette distinction, à admettre deux formes de méningite tuberculeuse. Ainsi, sur vingt-huit cas que M. Legendre a été à même d'observer, il a vu cette affection se développer seulement deux fois chez des enfants atteints de phthisie pulmonaire, et six fois chez des sujets arrivés à un état de tuberculisation générale avancée, et chez ces huit malades la méningite aurait été fort difficile à reconnaître sans l'existence confirmée des autres symptômes de tubercules. Dans les vingt autres cas, au contraire, la maladie débuta douze fois chez des enfants d'une constitution et d'une santé en apparence excellentes. Parmi les huit derniers, sept maigrissaient un peu depuis un à deux mois, avaient pâli ou bien étaient devenus moins gais, et de temps en temps sujets à un peu de céphalalgie lors du début de l'affection cérébrale ; mais ils avaient encore un embonpoint, une force et un appétit bien conservés ; pas de toux notable. Ce ne fut que chez le dernier de ces vingt enfants que l'existence de tubercules cérébraux sembla annoncée trois mois à l'avance par de l'amaigrissement et des accès de céphalalgie périodique suivis de vomissements. Mais comme toutes les autres fonctions s'exerçaient bien d'ailleurs, il fallut le développement de la méningite pour changer les soupçons en certitude.

Voici la distinction qu'établit M. Legendre entre ces deux formes.

Lorsque la méningo-encéphalite tuberculeuse se développe chez des enfants bien portants en apparence, quoique atteints d'une tuberculisation générale latente, dans ce cas, qui est le plus fréquent, la marche de la méningite est parfaitement régulière : c'est une affection tuberculeuse dont l'explosion se fait au cerveau; on a une maladie bien complète, très souvent confondue autrefois avec les fièvres graves, sous le nom de fièvre ataxique ou de fièvre lente nerveuse.

Dans la seconde forme, on a plus ou moins longtemps à l'avance les symptômes d'une tuberculisation générale ou d'une phthisie pulmonaire. La méningite tuberculeuse n'est en quelque sorte qu'une complication qui vient hâter la catastrophe déjà inévitable d'ailleurs.

Cette distinction a quelque importance sous le point de vue thérapeutique; car dans la première forme la tuberculisation étant peu avancée et la santé encore bonne, on doit essayer d'enrayer les symptômes cérébraux par les émissions sanguines, les mercuriaux et les révulsifs tant sur le tube digestif que sur la peau. Dans la seconde, au contraire, on n'a

(1) 1 vol. in-8°, de près de 500 pages; à Paris, chez Victor Masson.

plus guère à sa disposition que le calomel administré à doses altérantes, les frictions mercurielles et les révulsifs cutanés.

Mémoire sur les hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde. M. Legendre a observé en deux ans sept cas d'hémorrhagie de l'arachnoïde chez des sujets de deux à trois ans. Il distingue, chez les enfants, deux périodes bien tranchées dans cette maladie : l'une est la période aiguë, pendant laquelle l'hémorrhagie s'opère. C'est avec la méningite tuberculeuse qu'on pourrait le plus la confondre. Mais l'enfant atteint d'hémorrhagie méningée est ordinairement en très bas âge ; la fièvre est plus intense, le pouls plus fort, plus fréquent, les vomissements sont moins constants et moins répétés ; il y a absence de constipation. Ce qui prédomine surtout c'est la fréquence des accidents convulsifs, et, en particulier, la contracture permanente des pieds et des mains.

La seconde période de l'hémorrhagie des méninges est celle pendant laquelle s'opère le travail organisateur autour du liquide épanché. Elle est caractérisée par un développement anormal et progressif du volume de la tête et par des troubles cérébraux sub-aigus. Elle constitue une variété d'hydrocéphalie chronique acquise et ayant pour siége la cavité de l'arachnoïde. Il y a d'autant plus d'importance à distinguer cette variété de l'hydrocéphale qui a son siége dans la cavité des ventricules que la première paraît susceptible de guérison. Celle-ci débute d'ordinaire à une époque plus éloignée de la naissance, vers dix mois ; la tête se dilate plus lentement et n'atteint jamais autant de volume que dans l'hydrocéphalie ventriculaire ; enfin l'hydrocéphalie arachnoïdienne est toujours précédée de convulsions répétées ou accidents cérébraux se rattachant au début de l'hémorrhagie méningée.

Quoique tous les cas observés par l'auteur à l'hôpital des Enfants se soient terminés par la mort, il pense cependant que l'affection n'est pas absolument incurable, que le séjour même à l'hôpital a pu chez tel enfant être la cause de la mort qui s'est fait longtemps attendre.

Le traitement de la première période n'offre rien qui diffère de celui des autres affections cérébrales : saignées locales et applications froides chez les enfants robustes ; révulsifs ; calomel ; ventouse Junod.

Dans la période chronique, révulsifs cutanés sur la tête et aux alentours ; pommade iodée ; calomel, comme révulsif et comme sialagogue ; diurétiques ; on pourrait encore recourir à deux moyens extrêmes, déjà depuis longtemps conseillés, la compression du crâne et la ponction.

Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon. Ce mémoire se divise en quatre chapitres qui sont comme autant de travaux différents. Dans le premier, l'auteur décrit, sous le nom d'ÉTAT FOETAL, un état particulier du poumon, spécial à l'enfance, et dans lequel cet organe revêt plus ou moins complètement les caractères qu'il présentait chez le fœtus.

Le principal motif qui a porté M. Legendre à assimiler cet état particulier du poumon à l'état du poumon chez le fœtus, c'est la possibilité de son retour à l'état vésiculaire par l'insufflation, de même que le poumon du fœtus subit la même expansion par le fait des premières inspirations du nouveau-né, ou sous l'influence de l'insufflation artificielle. A ce titre, la dénomination d'*état fœtal* est éminemment pittoresque, et, ce qui vaut mieux, parfaitement juste, mais en tant qu'elle se borne à exprimer un fait purement anatomique, une similitude de texture ; car autre chose est l'état fœtal du poumon du fœtus, puisqu'il est normal, et l'état fœtal du poumon de l'enfant qui a respiré, puisqu'il est alors dans des conditions anormales.

Mais quelle est l'interprétation pathologique qu'il convient de donner à cette nouvelle notion anatomique ? L'état fœtal domine tellement la pathologie du poumon dans la première enfance, suivant M. Legendre, qu'il n'a pu manquer d'être reconnu par les observateurs si attentifs de ces dernières années. Il a en effet été décrit sous divers noms, tels que ceux d'*hépatisation*, de *splénisation*, de *carnification*, de *pneumonie lobulaire*, etc., mais apprécié bien différemment par les observateurs ; ils en ont fait un signe distinctif de la pneumonie, tandis que M. Legendre en fait le signe négatif de toute pneumonie. C'est selon lui un état comme passif, asthénique, c'est-à-dire avec absence du *fluxus doloris et sanguinis*, propre à l'inflammation. On le rencontre chez les enfants de deux à quatre ans épuisés par des diarrhées chroniques, surtout chez ceux qui, étant affaiblis par quelque maladie antérieure, sont pris de catarrhe pulmonaire. Cette altération anatomique ressemblerait en tous points aux caractères que présentent les poumons du fœtus, si ce n'est sa consistance qui devient d'autant plus grande qu'on l'observe à un âge plus éloigné de la naissance. Son siége le plus ordinaire est à la périphérie de l'organe, ce qui lui a fait donner le nom de *pneumonie marginale*. Elle peut aussi siéger à la surface et dans l'épaisseur du poumon. Cet état se produit par l'affaissement des parois des vésicules qui a lieu en vertu de l'élasticité propre au tissu pulmonaire, toutes les fois que l'air cesse d'arriver ou de se renouveler dans quelque portion d'un poumon.

Quand les lobules revenus à l'état fœtal sont peu nombreux et disséminés çà et là, ils ne fournissent aucun symptôme qui permette d'en constater l'existence. Les râles sous-crépitants ou muqueux qui existent chez les enfants atteints de catarrhe sont le fait du catarrhe lui-même ; mais ils doivent faire soupçonner qu'un certain nombre de lobules sont revenus à l'état fœtal, surtout si l'enfant est dans des conditions d'asthénie. Quand cet état occupe la plus grande partie d'un lobe, il y a diminution de la sonorité de la poitrine et af-

faiblissement du bruit respiratoire. Mais il y a en même temps les symptômes d'une pneumonie catarrhale.

D'après cette appréciation sur la nature de l'état fœtal du poumon, M. Legendre conclut qu'il faut laisser de côté les antiphlogistiques, les dérivatifs et les révulsifs, et puiser les éléments du traitement dans les agents hygiéniques. « Quand un enfant, dit-il, est en proie, depuis quelque temps, à une maladie qui a eu pour effet de déterminer une faiblesse et un amaigrissement notables, il faut entretenir autour de lui une température douce et égale; *il devra être fréquemment pris sur les bras et promené dans l'appartement*; quand il sera dans son berceau, on devra le changer souvent de position et ne le laisser que peu de temps sur le dos. »

On prescrira les frictions sèches et aromatiques, les toniques s'ils ne sont contre-indiqués, et, dans les cas mêmes d'inflammation catarrhale étendue, on devra encore tenir compte de la grande tendance de cette phlegmasie à se compliquer de l'état fœtal du poumon et prendre garde de jeter l'enfant dans une trop grande faiblesse.

Dans le deuxième chapitre, M. Legendre cherche à établir que, dans le sens rigoureux du mot, l'*hépatisation lobulaire n'existe pas.* Ce n'est, selon lui, qu'un catarrhe capillaire et vésiculaire, s'accompagnant fréquemment d'une congestion lobulaire, soit disséminée, soit généralisée; c'est, en un mot, une pneumonie bâtarde qu'il faut distinguer avec soin de la véritable hépatisation qui caractérise la pneumonie franche, d'ailleurs fort rare chez l'enfant; car le traitement antiphlogistique, qui est favorable dans celle-ci, est nuisible dans celle-là.

Dans le troisième chapitre de ce mémoire, M. Legendre traite de la *pneumonie catarrhale*, forme la plus commune des inflammations pulmonaires chez l'enfant. On en a, selon lui, méconnu les véritables caractères en en faisant deux maladies distinctes sous les noms de pneumonie lobulaire généralisée d'une part, et de bronchite capillaire ou vésiculaire de l'autre.

On voit qu'en définitive, dans ses recherches sur les maladies du poumon, M. Legendre a détaché de l'hépatisation dite lobulaire deux états nouveaux bien différents de celle-ci, différant même l'un de l'autre : l'*état fœtal*, simple lésion mécanique, et la congestion lobulaire, lésion vitale d'un ordre plus élevé.

Mémoire sur quelques-unes des complications qui se manifestent à la suite de la scarlatine. Ce travail mérite au plus haut point de fixer l'attention; au moyen d'observations cliniques et nécroscopiques bien faites et d'une logique rigoureuse, l'auteur renverse la théorie solidiste moderne touchant la prétendue atonie des vaisseaux et le caractère passif de l'anasarque scarlatineuse; ainsi de l'œdème scarlatineux du poumon et de l'hématurie post-scarlatineuse. Ces affections sont pour lui des maladies très actives, des maladies nouvelles même, quoique relevant de l'affection précédente, puisque sans elle elles ne seraient pas survenues, puisque celle-ci leur imprime un cachet tout particulier. En effet, l'anasarque scarlatineuse a tout ce qui constitue une maladie réelle, savoir : des prodromes, des périodes d'invasion, d'état, de déclin; elle a ses crises, caractères que n'ont pas les simples complications des maladies, non plus que ce qu'on désigne sous le nom de suites. L'anasarque scarlatineuse affecte d'ailleurs une forme essentiellement active, ainsi que le démontre le toucher.

Parmi les complications de l'anasarque scarlatineuse, il en est une qui a fixé spécialement l'attention de l'auteur et qui vient en aide aux idées qu'il développe dans son mémoire : c'est l'œdème du poumon. M. Legendre l'a observé six fois; il a eu quatre fois l'occasion d'en constater les caractères anatomiques, et il a vu que cet œdème scarlatineux du poumon est tout autre chose encore que ce que les auteurs désignent sous le nom d'œdème passif du poumon. L'œdème scarlatineux est toujours cellulaire ou intervésiculaire, et jamais vésiculaire comme l'autre. Il a en outre sa symptomatologie particulière.

Il n'est pas enfin jusqu'à la congestion simple ou inflammatoire des reins à la suite de la scarlatine que M. Legendre ne sépare d'une autre affection bien différente à laquelle on l'a assimilée, la maladie de Bright, parce que, dans l'une comme dans l'autre, les urines sont albumineuses. Cette similitude d'un caractère en quelque sorte pathognomonique avait fait conclure à la dégénérescence de la néphrite scarlatineuse en néphrite albumineuse. Mais M. Legendre démontre tout ce qu'il y a d'erroné dans ces idées en établissant : 1° que le précipité albumineux des urines chez le scarlatineux n'est jamais dû qu'à l'hématurie, ce que démontre d'ailleurs la teinte brun sale, si distincte du précipité blanc de la maladie de Bright; 2° que les enfants atteints de cette complication guérissent; car s'ils succombent, c'est à tout autre chose qu'à la prétendue néphrite albumineuse.

Mémoire sur la diarrhée des enfants. Sur ce point encore, comme sur celui qui fait le sujet du travail précédent, M. Legendre en est revenu aux idées professées par les anciens, et il est curieux de voir l'anatomie pathologique, qui avait renversé ces dernières, servir entre ses mains à préparer leur retour. Pour lui donc, comme pour Harris, Armstrong, Underwood, Rosen, etc., la diarrhée des enfants est un état primitif, un flux; lorsque l'inflammation existe chez les enfants atteints de flux diarrhéiques, elle est toujours consécutive; la diarrhée essentielle et la diarrhée inflammatoire ont chacune leurs symptômes particuliers, chacune leurs lésions anatomiques spéciales, ainsi que le démontrent les recherches nécroscopiques de l'auteur. On conçoit toute l'importance de l'anatomie pathologique lors-

qu'elle vient aussi confirmer l'observation clinique et achever de préciser les indications thérapeutiques; car la nature de la maladie étant démontrée autre que ce qu'on la croyait communément, le traitement doit changer. Aux antiphlogistiques et aux narcotiques des modernes on substituera les évacuants et les absorbants, qui ont en leur faveur le témoignage unanime des auteurs les plus graves, de ceux que nous venons de citer, et auxquels on peut ajouter Van-Swiéten et Baumes, et quelques rares praticiens modernes. Ainsi, on devra administrer d'emblée l'ipécacuanha d'abord, puis les sels neutres; on les fera suivre ensuite par les absorbants et les toniques. En revenant à cette pratique, on fera sans doute diminuer la gravité du diagnostic généralement porté sur la diarrhée des enfants.

Mémoire sur le développement simultané de la vaccine et de la variole, et sur les modifications qu'exercent l'une sur l'autre ces deux éruptions. Cette question était à l'ordre du jour il y a un an environ. Nous avons rapporté quelques observations intéressantes sur ce sujet, mais prises seulement sur des adultes (1). M. Legendre, qui a étudié cette question chez les enfants, a consigné les résultats de ses recherches cliniques dans les conclusions suivantes, que nous croyons utile de rapporter ici :

« 1° Quand une éruption variolique survient un ou deux jours après le développement des pustules vaccinales, c'est-à-dire après le quatrième ou le cinquième de l'inoculation, on peut, en général, expliquer cette anomalie apparente par l'existence d'une épidémie régnante, ou par le séjour des individus dans un milieu où ils ont contracté, avant d'être vaccinés, le germe de la variole;

» 2° Quand un enfant est soumis à l'influence de la contagion variolique, la vaccination, pratiquée en pareille circonstance, semble favoriser l'évolution de la variole;

» 3° Les enfants au-dessous de quatre ans, vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, ne sont, en général, atteints que de varioles modifiées;

» 4° Si la vaccine exerce une modification avantageuse sur la variole, celle-ci, à son tour, influence le plus ordinairement le développement de la vaccine, dont les boutons marchent plus lentement et ne sont accompagnés *ni d'aréole aussi marquée, ni d'engorgement sous-cutané*;

» 5° L'influence avantageuse qu'exerce la vaccine sur la variole paraît être d'autant plus marquée qu'au moment de l'évolution de la variole l'éruption vaccinale est plus avancée et moins modifiée dans ses caractères:

» 6° La vaccination, pratiquée pendant les prodromes ou le premier jour de l'éruption variolique, peut réussir, mais ne nous a pas semblé modifier la marche de la variole;

» 7° On doit se garder de vacciner les jeunes enfants débiles ou affaiblis par la maladie, après qu'ils ont été exposés aux miasmes varioliques. En effet, la vaccination, pratiquée en pareil cas, ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourra se montrer, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine. »

Mémoire sur l'influence de la variole sur quelques affections chroniques de la peau. M. Legendre a vu guérir, à la suite du développement de la variole, un eczéma chronique, un impétigo figurata des membres, un lichen chronique et un prurigo presque général; mais un enfant atteint de favus n'a subi aucun résultat avantageux de l'éruption variolique.

Nous n'insisterons pas longuement, en terminant, sur les qualités qui distinguent le livre de M. Legendre parmi les productions de ceux de son école. Ses différents mémoires portent le cachet d'une patience et d'une rigueur dans les investigations microscopiques, à laquelle nous étions encore peu habitués. Son livre est un service rendu à l'anatomie pathologique, considérée comme un des éléments utiles, nécessaires même à la recherche de la vérité; il est, ce qui vaut mieux encore, un véritable service rendu à ceux qu'un examen trop superficiel en avait éloignés.

(1) Voy. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, décembre 1845.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Notice sur les sources thermales de Loèche-les-Bains et sur ses environs; par A. LORETAN, docteur en médecine et médecin aux eaux de Loèche. — Traduit de l'allemand par le chanoine J.-N. H.; opuscule d'une centaine de pages in-8°; à Genève, chez Abraham Cherbuliez et Cᵉ, libraires, rue de la Cité, 1845. — Les thermes de Loèche, situés dans le Valais, sont célèbres depuis plusieurs siècles. Le docteur Loretan a consigné dans sa notice tout ce qui peut intéresser les médecins et particulièrement les baigneurs. Ainsi, ces derniers y liront avec plaisir les détails fournis sur la topographie et l'historique de ces bains, sur les chemins, les établissements des bains, les hôtels, les promenades, les excursions dans les environs. Ce qui concerne plus particulièrement le médecin, c'est de savoir que les sources thermales de Loèche, qui sont au nombre de plus de vingt, ont environ de 37 à 40 degrés Réaumur. L'eau des sources est parfaitement limpide, sanf à certaines époques assez rares, comme à celles de la fonte des neiges et des grandes pluies. On est obligé parfois d'interrompre la boisson, mais non le bain. L'eau exposée au grand air ne se trouble point; elle dépose un sédiment d'oxyde de fer au fond et sur les parois du vase. Elle est inodore; si pourtant elle reste quelque temps dans un vase fermé ou exposée à l'air, elle prend insensiblement l'odeur de l'acide sulfurique. Son

premier effet est d'amollir la peau ; mais plus tard elle devient sèche et rude, effet qui peut être attribué au sulfate de chaux. Il serait trop long de donner ici l'analyse chimique de ces eaux en chiffres ; il suffira de citer les substances qui entrent dans leur composition. Ce sont, en parties gazeuses, l'acide carbonique, le gaz oxygène et l'azote ; en parties fixes, les sulfates de chaux, de magnésie, de soude, de strontiane, les chlorures de sodium, de potassium, de magnésium, de calcium (traces), les carbonates de chaux, de magnésie, de protoxyde de fer, de la silice et des traces de nitrates et d'iodures. Loèche possède cinq établissements de bains ; un de ces établissements est destiné aux pauvres, qui reçoivent gratis non-seulement le traitement, mais encore une partie de leur pension. Les maladies contre lesquelles on administre les eaux de Loèche sont à peu près celles que l'on traite par les eaux thermales en général. Il est donc inutile de donner ici une liste qui ne pourrait avoir d'ailleurs rien de bien précis.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes ; par M. F. Bouisson, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (suite ; voy. le dernier n°). — Après avoir établi que c'est aussi par des tumeurs développées dans le système musculaire et ses dépendances que la syphilis peut se manifester, l'auteur examine ce point intéressant de pathologie sous les aspects principaux qui en font un sujet d'études tout nouveau. Ces tumeurs peuvent être, selon lui, rapprochées de celles qu'on désigne sous le nom de *tumeurs gommeuses ;* comme ces dernières, elles appartiennent à la période tertiaire de la syphilis.

M. Bouisson s'occupe d'abord des tumeurs syphilitiques des tendons et des aponévroses. On les rencontre d'ailleurs plus souvent dans ces annexes des muscles que dans les muscles eux-mêmes. Elles sont tantôt solides et paraissent consister en une hypertrophie circonscrite du tissu fibreux des tendons, tantôt liquides, c'est-à-dire avec épanchement d'une matière séreuse et plastique dans leur intervalle. Douleur plus ou moins vive, s'accroissant pendant l'exercice du muscle auquel correspond le tendon affecté. Le tendon conserve sa couleur naturelle, ou bien est à peine injecté. Si l'affection devient ancienne et qu'elle ne se termine pas par suppuration, l'ossification s'en empare et tantôt gagne toute la longueur du tendon, comme M. Bouisson l'a vu pour le muscle petit psoas ; d'autres fois elle se limite à la partie malade, en formant une sorte d'os sésamoïde.

Les tumeurs syphilitiques des tendons siégent tantôt à leur surface, tantôt à leur centre. Dans le premier cas, qui est le plus commun, le gonflement est plus sensible, et si la suppuration a lieu, elle respecte la continuité de la corde fibreuse. Dans le second, les produits de nouvelle formation écartent les fibres propres du tendon.

M. Lisfranc a décrit dans ces derniers temps, sous le nom de *nodosités blanches des tendons*, une affection qu'il déclare fort rare et inconnue des auteurs classiques. M. Bouisson pense qu'il y a lieu de croire que le fait principal d'après lequel le chirurgien de la Pitié établit l'existence de ce genre de tumeurs n'est qu'un cas particulier de nodosités syphilitiques des tendons. Il s'agit, en effet, d'une tumeur volumineuse développée dans l'épaisseur du tendon d'Achille chez une danseuse de l'Opéra. Après avoir résisté à tous les moyens locaux, cette affection céda à l'emploi de l'iodure de potassium administré intérieurement. Il est à regretter toutefois que M. Lisfranc n'ait donné aucuns détails sur les antécédents de cette malade.

Le fait précédent ne réunissant pas toutes les conditions désirables, les remarques de M. Bouisson courraient risque de rester encore à l'état de pure théorie, du moins en ce qui concerne les aponévroses et les tendons, si le professeur de Montpellier n'avait été tout récemment à même d'observer un cas de tumeur syphilitique de l'extrémité inférieure de chaque tendon d'Achille, affection remarquable dont la guérison par le traitement mercuriel paraît avoir démontré suffisamment la nature. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, antérieurement atteint de blennorrhagie et de deux bubons. Le traitement, dirigé par un charlatan aux remèdes secrets, ne fit disparaître les dernières traces de la maladie qu'au bout de plusieurs mois. Quelque temps après la cessation des accidents en question, une douleur commença à se faire sentir vers la partie la plus élevée de chaque talon ; puis il se développa au-dessus de chaque talon également une tumeur du volume d'une noix environ. Au bout d'une année d'existence, ces tumeurs causèrent au malade une gêne et une douleur telles qu'il quitta le lieu de sa résidence pour consulter un chirurgien de Montpellier. Le malade n'y éprouvait que des douleurs modérées lorsqu'il n'exécutait aucun mouvement ; mais elles s'accroissaient quelquefois spontanément pendant la nuit. Cet homme entra dans le service de M. Bouisson. Nous laissons de côté les détails que l'auteur donne pour démontrer que ces tumeurs siégeaient bien réellement à l'extrémité inférieure de chaque tendon d'Achille. L'auteur, ne pouvant rattacher l'existence de ces tumeurs qu'à une origine syphilitique, attaqua vivement le fond du mal par les mercuriaux. Le malade fut mis à l'usage des pilules de Sédillot et de la tisane de salsepareille. On prescrivit en outre des frictions mercurielles sur l'insertion du tendon

d'Achille. Plus tard, M. Serre succéda à M. Bouisson dans le service de la clinique; il fit continuer le traitement antisyphilitique général; mais, voyant que la tumeur du talon droit traînait plus longtemps en longueur, il prescrivit un vésicatoire sur le siége de la tumeur, et le fit entretenir pendant quinze jours environ. Les frictions mercurielles furent ensuite reprises. Le malade, qui était entré le 25 février 1846, sortit le 7 avril complètement guéri de la tumeur du tendon d'Achille du côté gauche; celle du côté droit avait diminué des deux tiers. Il n'existait plus de douleur dans la région affectée, et la marche s'effectuait sans la moindre difficulté.

Après avoir décrit les tumeurs syphilitiques des tendons, M. Bouisson revient à celles des tumeurs de la partie charnue des muscles dont il a donné deux observations en tête de son travail.

Il est difficile de déterminer le point de départ primitif de la lésion anatomique. L'analogie porterait à croire que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues ou qui leur forme une gaîne est le premier envahi; mais, plus tard, tous les éléments anatomiques paraissent affectés. A un premier degré, le muscle est le siége d'un gonflement local et circonscrit, ayant une consistance plus grande que celle de l'œdème. Cet état paraît être l'indice d'une phlegmasie lente qui préside à la sécrétion pathologique dont le produit subira des transformations ultérieures. — A un deuxième degré, la matière épanchée se ramollit; si l'inflammation se prolonge avec son caractère primitif de chronicité, les élaborations graduelles du produit épanché se transforment en un liquide visqueux, filant, semblable à un solutum de gomme. Si, au contraire, une phlegmasie intercurrente se manifeste, ou si la tumeur a fait éprouver dès le début une douleur constante avec augmentation de température locale, du véritable pus se forme au centre du muscle, les fibres ramollies se détruisent et il se fait des délabrements plus ou moins considérables. M. Bouisson a de fortes raisons de soupçonner que plusieurs abcès intra-pelviens ne sont que des phlegmasies syphilitiques des muscles de la région lombo-pelvienne. — Au troisième degré, les tumeurs syphilitiques non suppurées s'indurent, en passant comme les périostoses par des phases successives d'organisation.

Jusqu'à ce jour, M. Bouisson n'a vu siéger ces tumeurs que dans le grand pectoral, le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste externe et quelques autres muscles du membre inférieur. Il pense qu'aucun muscle n'est à l'abri de cette affection, pas plus qu'aucun autre n'est à l'abri d'exostoses. Mais certains organes d'une structure essentiellement musculaire, ou dans lesquels les muscles prédominent, tels que la langue et les lèvres, lui ont paru être plus spécialement le siége de ce genre de tumeurs.

(*La fin au prochain numéro.*)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la teinture d'iode contre les fièvres intermittentes rebelles. — Le docteur Séguin, médecin à Albi, a été amené à employer l'iode dans les circonstances suivantes. Il donnait ses soins, il y a quelques années, à un jeune militaire qui venait de passer dix-huit mois à l'hôpital de Strasbourg pour y être traité de fièvres d'accès, type tierce. On avait inutilement employé le quinquina sous toutes ses formes, ainsi que ses divers succédanés. Il alla inutilement ensuite dans le Midi pour respirer l'air natal. Il en revint le teint terreux, la peau sèche et rude, atteint d'une maigreur extrême et les jambes œdématiées. Il y avait enfin un engorgement considérable de la rate. Dans le but de combattre ce dernier, M. Séguin conseilla l'usage de la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes par jour, à prendre en trois fois dans une petite quantité d'eau sucrée. Il ne fut pas peu étonné de la suppression complète des accès à partir de ce moment-là, tandis que l'engorgement viscéral persista, quoique le malade continuât à prendre longtemps encore la teinture d'iode. Mais les eaux d'Anlabre en eurent ensuite complètement raison. Quelques mois après, les paroxysmes se manifestèrent de nouveau à la suite d'un excès de table. On administre le sulfate de quinine, les accidents persistent; on donne la teinture d'iode, et ils disparaissent rapidement. M. Séguin ne douta plus dès lors de la vertu fébrifuge de l'iode, et ses nouveaux essais n'ont fait que le confirmer depuis dans cette opinion. Il rapporte le cas d'une fièvre intermittente à type tierce et quarte, datant de seize années consécutives, dont les accès avaient acquis une violence telle qu'ils déterminaient un délire aigu, des syncopes, et qui avaient résisté au sulfate de quinine ainsi qu'à beaucoup d'autres moyens. Eh bien! cette fièvre si rebelle a cédé à quelques légères doses de teinture d'iode.

M. Séguin avoue cependant qu'ayant depuis lors employé assez fréquemment la teinture d'iode, il a obtenu des résultats très opposés les uns aux autres, sans pouvoir souvent en apprécier les véritables causes. Ainsi, il lui est arrivé d'avoir des succès nombreux à certaines époques de l'année et d'échouer complètement un peu plus tard. Mais il affirme positivement que, dans bien des cas où le sulfate de quinine ne produisait aucun résultat avantageux, la teinture d'iode triomphait parfaitement des paroxysmes. Ce médicament ne lui a pas paru avoir la même valeur dans les fièvres récentes; il est vrai qu'il y a eu rarement recours avant d'avoir employé le sulfate de quinine.

Voici comment l'auteur l'administre : il commence ordinairement, chez l'adulte, par donner 30 gouttes de teinture à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle, pendant la pyrexie, dans une petite quantité de tisane ou d'eau sucrée. Il élève successivement la dose, suivant l'effet produit, jusqu'à 40, 50 ou même

60 gouttes, et il en fait continuer l'usage plusieurs jours après la disparition des accès fébriles. Chez un enfant, la dose ne doit pas dépasser 10, 12 et 18 gouttes. (*Septembre* 1846.)

REVUE MÉDICALE.

Considérations pratiques sur le cancer; par M. le docteur GARREAU, médecin de la maison centrale d'Eysse (Lot-et-Garonne). — L'auteur est l'ennemi déclaré de l'amputation, même dans les cas en apparence les plus favorables à l'opération. Telle n'a pourtant pas toujours été sa manière de voir. Il a opéré un nombre assez considérable de cancers. La récidive a toujours eu lieu, après un temps plus ou moins long. Chez une fille, cependant, chez laquelle M. Garreau a operé une tumeur du sein, la guérison se maintient depuis dix ans, quoique la malade ait traversé pendant ce temps l'âge critique. Mais il est persuadé, d'après l'examen approfondi qu'il a fait de la tumeur, qu'il n'a eu affaire qu'à une de ces tumeurs fibreuses sur lesquelles M. Cruveilhier a attiré l'attention des praticiens il y a deux ou trois ans, tumeurs qui ne dégénèrent pas. Dans tous les autres cas de squirrhe ou de cancer, la récidive a eu lieu, quelquefois, il est vrai, au bout de deux ou trois ans; mais M. Garreau ne fait point à l'opération l'honneur de ce temps de répit, et voici quel est son raisonnement qui est pour le moins assez spécieux : — Tout cancer est incurable; mais il en est dont la marche est excessivement lente. Si vous opérez un cancer dans cette heureuse condition, vous êtes tout naturellement porté à attribuer à votre opération les quelques années que les malades peuvent passer sans avoir de récidive, tandis que c'est là le fait de la tolérance de l'organisme pour le mal qui ne laisse pas néanmoins de siéger toujours dans son sein; car, pour M. Garreau, le cancer n'est jamais primitivement local. Si donc vous n'eussiez pas opéré, le malade eût vécu tout aussi longtemps. Quant au cancer dont la marche est rapide, il pense que l'opération n'en ajourne pas d'un instant la terminaison funeste. La conclusion à tirer de là, c'est que dans aucun de ces deux cas on ne doit opérer.

M. Garreau appuie son opinion sur des autorités fort respectables, Hippocrate, Galien, Monro, Boyer, Delpech, Scarpa. Il croit en particulier, avec ce dernier, qu'une tumeur bénigne, quels que soient son siége et sa nature, ne dégénère jamais en cancer. Il rapporte à cet égard deux observations qui lui sont propres et dans lesquelles il s'agit de tumeurs accidentelles du sein. Ces tumeurs, qu'il a refusé d'opérer, n'ont point dégénéré malgré de nombreuses années et quoique l'une d'elles ait subi des contusions. Les résolutifs ont beaucoup diminué cette dernière.

Dans l'incertitude où l'on peut être si l'on a ou non affaire à un cancer, il faut rester dans l'expectation ou se borner aux résolutifs. Si on reconnaît celui-ci à son caractère malin, il faut se borner à adoucir le chemin du trépas; car il n'existe pas plus de traitement curatif interne que de traitement curatif externe.

M. Garreau fait toutefois une exception en faveur des ulcères cancéreux du visage. Ceux-ci guérissent radicalement par l'ablation ou par la cautérisation. C'est au moins ce qui résulte de deux observations qu'il rapporte.

Nous ajouterons que les opinions de M. Garreau relativement à la récidive du cancer après l'opération sont celles auxquelles est depuis longtemps arrivé M. Leroy (d'Étiolles) après de longues recherches statistiques.

JOURNAL DE MÉDECINE.

Recherches sur l'emploi du calomel à doses réfractées dans le traitement des maladies vénériennes.—M. le docteur DANY, chirurgien-major au 1er régiment de ligne, s'est livré sur ce sujet à des recherches cliniques d'un haut intérêt. Nous ferons remarquer, à cet égard, que le calomel avait longtemps fait la base du traitement de la syphilis. On connaît la vigoureuse méthode introduite par Boerhaave dans la thérapeutique; on sait qu'elle n'a été remplacée par celle dite de Montpellier que parce que celle-ci est d'un emploi beaucoup plus facile, bien qu'elle n'offre pas autant de garanties de sécurité que l'autre. Depuis lors, le calomel avait été beaucoup négligé comme antisyphilitique. Nous avons même entendu un chirurgien distingué, qui a longtemps séjourné à l'hôpital Saint-Louis, dire que le calomel est un excellent remède contre les affections cutanées, mais un pauvre antisyphilitique. Cependant les succès obtenus par la méthode de Boerhaave, ceux que M. Dany assure avoir obtenus aussi, mais par un autre mode d'administration, ces succès prouvent que le calomel, employé suivant un mode particulier, n'est point un médicament inerte. Quoi qu'il en soit, voici les conclusions pratiques auxquelles est arrivé M. Dany :

« Depuis longtemps un grand problème était posé dans la science, et Bell lui-même l'a reproduit en ces termes : Une belle découverte à faire, c'est de trouver le moyen d'introduire dans l'économie une quantité suffisante de mercure à l'état d'activité sans produire des effets stimulants. Il s'agissait donc de trouver une préparation qui, tout en conservant au mercure son action thérapeutique, n'eût aucun des inconvénients qui lui sont reprochés. Ce problème, le calomel à doses réfractées l'a résolu.

» L'expérience nous a tellement démontré l'innocuité de ce médicament, que nous ne craignons pas d'avouer qu'on peut l'administrer en toute circonstance, sans distinction de tempérament ni de sexe, et même pendant la gestation, époque à laquelle le mercure produit souvent des résultats fâcheux, à tel point que l'on agite encore aujourd'hui la question de savoir s'il convient de traiter la maladie vénérienne pendant la grossesse, ou s'il faut attendre que l'accouchement ait eu lieu.

» Quant à la question d'efficacité, il résulte de nos expériences cliniques :

» 1° Que, sous l'influence du calomel, la blennorrhagie disparaît, dans quelques cas seulement, du dixième au vingt-deuxième jour; mais qu'en général le médicament se borne à détruire l'élément syphilitique, et à modifier le flux catarrhal et dans sa consistance et dans sa quantité, circonstances qui favorisent puissamment l'action des moyens ordinaires;

» 2° Que les ulcérations simples cèdent dans l'espace de vingt-cinq à trente-cinq jours, tandis que les chancres dits huntériens, ceux accompagnés d'induration ou d'accidents inflammatoires, exigent un traitement de quarante-cinq à soixante jours;

» 3° Que la plupart des accidents secondaires disparaissent au bout de vingt-cinq à trente-cinq jours, et que deux mois suffisent pour obtenir la guérison de ceux réputés les plus réfractaires au mercure, y compris même les indurations volumineuses qui succèdent aux chancres;

» 4° Que la disparition des accidents, soit locaux, soit constitutionnels, ne peut servir de règle pour la durée du traitement que lorsque ces mêmes accidents n'ont cédé qu'à l'action du mercure administré à l'intérieur. »

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Des caustiques arsenicaux appliqués au traitement des affections cancéreuses externes; par M. le docteur SERRÉ, médecin à Arras, ex-interne et lauréat des hôpitaux de Paris.— Voici à quelles conclusions l'auteur s'est trouvé conduit par ses recherches spéciales sur ce point encore si litigieux de thérapeutique chirurgicale. Il est bon de noter que M. Serré invoque surtout les succès qu'il a vu obtenir à M. Manec au moyen de l'arsenic. Mais il est vrai aussi de dire que les faits ne sont pas assez nombreux, ni les guérisons assez anciennes pour transformer en certitude les présomptions de l'auteur sur une action en quelque sorte spécifique de l'arsenic dans les affections cancéreuses externes. Quoi qu'il en soit, voici le résumé du travail de M. Serré: 1° L'usage des caustiques arsenicaux remonte à la plus haute antiquité; 2° l'acide arsenieux est presque la seule préparation arsenicale qui entre dans la composition de ces caustiques; 3° ces caustiques peuvent être employés sous forme de poudre, d'onguent, de pâte ou de trochisques; 4° on les applique quelquefois sur les plaies résultant d'ablations de cancer, mais le plus souvent sur le tissu cancéreux lui-même; 5° leur emploi n'expose à aucun accident lorsqu'on s'en sert avec prudence et réserve; 6° l'action toute spéciale que l'arsenic semble avoir contre le cancer qu'il empoisonne et qu'il tue infailliblement, lorsqu'il est en quantité suffisante, nous fait croire, dit l'auteur, que les dégénérescences cancéreuses récidivent bien moins après leur mortification par les caustiques arsenicaux qu'après leur destruction par les autres caustiques ou leur ablation par l'instrument tranchant; 7° cette action toute spéciale de l'arsenic nous a forcé, ajoute M. Serré, à lui donner une préférence absolue sur les autres caustiques et sur le bistouri, lorsque nous aurons à combattre de larges ulcères cancéreux ou de vastes ulcérations carcinomateuses ne reposant point sur des masses encéphaloïdes trop épaisses.

Déjà dans un article précédent intitulé: *Du secret des médecins aux chancres*, le même auteur avait démontré que ce secret consiste tout simplement dans l'emploi de pois ou de trochisques arsenicaux que les charlatans emploient avec une hardiesse quelquefois effrayante, mais souvent aussi avec le plus grand succès. Le frère de l'auteur, médecin à Bapaume, a vu guérir ainsi, par un empirique, un malade qu'il avait rencontré dans les hôpitaux de Paris et qui en avait été renvoyé pour un cancer incurable de la langue (1). (*Juillet et août* 1846.)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

L'avortement peut-il être provoqué dans le but de prévenir l'opération césarienne?—Non. Proposition développée par M. le docteur Ph.-J. Van MEERBECK.—Dans un supplément annexé au *Traité de l'art des accouchements* de M. Cazeaux, édition de Bruxelles, M. Simonart, professeur à l'Université libre de Bruxelles, avait résolu affirmativement cette question. Cette dernière opinion compte, en effet, d'assez nombreux adhérents, MM. Velpeau, Marc, Fodéré, Naegelé, Cazeaux; M. P. Dubois incline à l'adopter. Mais cette doctrine, née en Angleterre, compte aussi de puissants adversaires sur le continent. Ce sont MM. Berstein, Osiander, Stein, Baudelocque, Capuron, Dugès, Mahon, etc.

Les partisans de l'avortement provoqué allèguent les raisons suivantes: 1° « l'existence du fœtus est la même que celle d'un végétal, c'est un être vivant et non animé (Bichat); c'est un être qui diffère à peine de la plante (Velpeau); c'est un parasite presque inerte, insensible, déjà menacé de toutes parts (Simonart); dont la vie est si précaire (Velpeau); dont la vie future est si incertaine (Cazeaux), et dont l'importance sociale est presque nulle (Simonart). »

2° « L'opération césarienne expose la mère à une mort presque certaine (Bichat, Velpeau, van Huevel, Simonart); dans le plus grand nombre des cas elle tue la mère et ne sauve pas l'enfant (Lutens). »

M. Van Meerbeek n'a pas de peine à réfuter la première partie de ces raisons, qui fait trop bon marché de l'existence d'un être auquel la loi accorde pourtant déjà de nombreuses prérogatives puisqu'il peut être l'objet de donations et de dispositions testamentaires. Le droit canonique accorde au fœtus, à l'embryon

(1) La *Clinique de Marseille* du 1er septembre 1846 donne l'observation d'un encanthis cancéreux guéri à l'aide des préparations arsenicales par M. Raymonet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille. L'auteur promet de dire plus tard si la guérison s'est maintenue.

même, quelque soit son âge, les mêmes droits à la vie future qu'au reste des hommes; il proclame la nécessité du baptême pour sauver du moins son âme, et l'obligation pour la mère de subir, s'il le faut, l'opération césarienne pour lui assurer la vie spirituelle (Debreyne). Toutefois ce dernier auteur, docteur en médecine, prêtre et religieux de la Grande-Trappe (Orne), dit aussi que si l'enfant pouvait, avant de naître, recevoir le baptême à la tête, après la rupture des membranes, la femme ne serait pas obligée de souffrir l'opération césarienne, parce qu'elle n'est pas tenue de la subir pour lui procurer la vie temporelle. M. Simonart conclut de cette restriction à une approbation indirecte de l'avortement provoqué dans un but médical, parce que rien ne s'oppose à ce qu'on assure aussi dans ce dernier la vie spirituelle du fœtus. Aussitôt les membranes ouvertes, dit-il, l'ondoiement baptismal peut se faire sur la tête, et se pousser au besoin à travers les conduits naturels au moyen d'une injection. Nous n'avons pas entre les mains la *Théologie morale* de M. Debreyne, pour juger si, comme le prétend M. Simonart, l'auteur admet implicitement la provocation de l'avortement dans le but de prévenir l'opération césarienne. Mais nous croyons savoir que le savant praticien de la Trappe s'est toujours prononcé très explicitement contre l'avortement provoqué *in genere*. Il n'est pas besoin, d'ailleurs, d'être très grand théologien pour savoir que, pratiqué à une époque où le fœtus n'est pas viable, l'avortement enfreint cette loi du Décalogue : *Non occides*.

L'argument le plus fort sur lequel s'appuient les partisans de l'accouchement provoqué, c'est la considération des dangers que l'opération césarienne fait courir à la mère. Cependant, en consultant les données de la statistique à cet égard et en y joignant ceux du raisonnement, on voit qu'on s'est exagéré la mortalité qui est la suite de cette opération. Ainsi, un auteur danois, le docteur Kayser, rapporte que, sur 164 femmes opérées, chez lesquelles la durée du travail a été notée, on trouve 81 femmes mortes sur 135, lorsque l'opération a été faite dans les soixante-douze premières heures du travail, tandis que le chiffre s'élève à 21 sur 29 pour les cas où elle a été différée jusqu'après le nombre d'heures précité. Il résulte aussi de ses calculs que, sur 39 cas où l'opération a été faite avant, ou six heures après la rupture de la poche amniotique, il y a eu 20 succès et 19 insuccès, tandis que, sur 38 cas où l'opération n'a été instituée qu'au delà de vingt-quatre heures après la rupture des membranes, le nombre des succès ne s'élève qu'à 13, et celui des insuccès à 35. Ainsi, ce n'est pas tant par elle-même que l'opération césarienne est grave que par les circonstances défavorables dans lesquelles on l'entreprend communément; d'où l'on peut raisonnablement conclure que si on y avait recours dès que l'indication existe, on pourrait, non-seulement sauver la *moitié* des femmes opérées, comme déjà la statistique de Kayser le prouve pour les sections instituées dans le commencement du travail, mais qu'aussi on pourrait nourrir l'espoir, en pratiquant l'opération au moment où toutes les circonstances favorables se trouvent réunies, de parvenir à des résultats plus favorables encore. C'est aussi l'opinion d'un homme dont personne, en Belgique, ne récuse la compétence, de M. le chirurgien Hoebeke, qui a tant de fois pratiqué cette opération et presque toujours avec succès (1). (*Juillet* 1846.)

Hystérotomie abdominale, guérison; observation recueillie par M. L. Van Zele, chirurgien-accoucheur à Willebroeck. — Il s'agit dans ce cas d'une femme de 45 ans qui, à sa cinquième grossesse, eut l'accouchement entravé par une exostose de trois à quatre pouces de longueur sur deux d'épaisseur, située au sacrum au-dessous de son promontoire et s'étendant d'un côté vers le pubis, de l'autre vers la concavité du sacrum. La tête de l'enfant s'arc-boutait contre cette tumeur, de manière à ne pas permettre le moindre mouvement. Le diamètre sacro-pubien n'offrait qu'un pouce trois quarts au plus, le sacro-cotyloïdien droit un et demi, le gauche deux pouces au plus. Concluant avec raison que l'hystérotomie était la seule ressource, l'auteur, aidé de M. le docteur Le Blus, pratiqua l'opération qui ne présenta rien d'extraordinaire. L'enfant, du sexe masculin, fut extrait dans un état apoplectique; mais l'écoulement de deux à trois cuillerées de sang par le cordon ombilical le rappela à la vie. Pendant ce temps le placenta s'était détaché et fut amené au dehors sans difficulté. M. Zele réunit les bords de la plaie par première intention au moyen de longues bandelettes d'emplâtre agglutinatif, sans recourir à aucun point de suture, en ayant soin de laisser libre l'angle inférieur de la plaie. Mais le deuxième jour de l'opération l'appareil se dérangea par suite de violentes quintes de toux résultant d'une bronchite chronique dont la femme était atteinte. Les bandelettes agglutinatives s'étaient détachées; la vessie, ainsi qu'une partie des gros intestins énormément distendus par des gaz, faisaient hernie à travers la plaie. La réduction opérée, l'auteur pansa encore la plaie comme la première fois, avec la seule différence que les bandelettes agglutinatives étaient coupées assez longues pour pouvoir faire le tour du corps. Ce qui engagea M. Van Zele à cette pratique était le succès obtenu par le docteur Halma-Grand dans un cas analogue, publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, n° de février 1835. Cet accident a été le seul qui ait suivi l'opération. La

---

(1) Dans la séance du 23 mai de la Société de médecine d'Anvers, M. Stevens a lu au nom de MM. Leva, Van Camp et au sien, un rapport approbatif sur le mémoire de M. Van Meerbeck. Les conclusions favorables de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité.

sécrétion laiteuse s'est établie le quinzième jour et s'est prolongée pendant six semaines, quoique en petite quantité. La cicatrisation fut complète au bout d'un mois.

Une commission, composée de MM. de Beys et de Kock, chargée de faire un rapport devant la Société de médecine de Boom sur l'observation de M. Van Zele, a blâmé le choix fait par ce dernier de la réunion de la plaie sans points de suture. C'est là une question fort controversée, et si l'auteur eût eu M. Capuron pour rapporteur, il eût été au contraire approuvé, tandis que M. Désormeaux se fût joint aux commissaires de la Société de médecine de Boom.

Quoi qu'il en soit, cette observation milite en faveur de l'opinion développée dans le mémoire qui précède celui-ci, touchant le succès probable de l'opération césarienne lorsqu'on n'a pas attendu trop longtemps. Il est bon de noter, toutefois, que l'auteur l'eût pratiquée six heures plus tôt qu'il ne l'a fait s'il eût eu l'aide d'un confrère. C'eût été une chance de réussite de plus. (*Ibid.*)

Revue des journaux allemands.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL ZEITUNG.

Emploi médical de l'alloxane; par M. le docteur SCHERER. — L'alloxane est un principe nitro-oxy-hydrocarboné neutre, dont la formule est $C^3N^4H^3O^{10}$. Il est toujours le produit de l'art. On l'obtient en mêlant ensemble de l'acide nitrique le plus concentré possible, et de cet acide ordinaire, afin d'en obtenir un dont la densité soit de 1,45 à 1,50, dans lequel on met peu à peu et par petites parties de l'acide urique pur et sec; on obtient ainsi par le refroidissement une masse de cristaux brillants que l'on purifie par des cristallisations successives, après les avoir fait égoutter.

Tel est le nouveau produit dont le professeur Liebig recommande l'essai aux thérapeutistes. Le docteur Scherer l'a employé, d'après ses conseils, dans un dérangement fort ancien de la digestion compliqué d'inflammation du foie, d'ictère, de ptyalisme, d'émaciation et de fièvre hectique. Ces symptômes, qui avaient résisté aux médications les plus énergiques, ont cédé à l'emploi de l'alloxane. (*N°* 32, 1846.)

Traitement de la chute du rectum par l'application des acides concentrés. — Le docteur JAESCHE, de Minsk, ayant employé quatre fois sans succès les moyens indiqués par Dupuytren contre le prolapsus de la muqueuse du rectum, imagina d'avoir recours à l'acide sulfurique étendu. Il appliqua un gâteau de charpie imbibé de ce liquide sur l'anus d'un jeune homme affecté de chute du rectum, et d'ailleurs hypochondriaque. Ce tampon, enfoncé de quelques lignes dans l'intestin, y causa de vives douleurs, mais qui se dissipèrent au bout de quelques heures à la suite d'onctions avec l'huile d'olives, et les excavations qui étaient la suite de la cautérisation se dissipèrent promptement. Le prolapsus reparut au bout d'une semaine; il fut de nouveau combattu avec succès par la cautérisation. Celle-ci fut répétée plusieurs fois avec succès, et, pendant quatre mois que le malade resta encore à l'hôpital, on ne vit pas le mal reparaître. M. Jaesche a pu obtenir, chez d'autres personnes, une guérison qui ne s'est pas démentie depuis plusieurs années.

L'acide nitrique produit le même effet curatif que l'acide sulfurique, et il a sur ce dernier l'avantage de déterminer moins de douleurs et d'excoriations. Chez une vieille femme atteinte d'ascite, il survint une chute de rectum qui fut traitée par des applications d'acide nitrique, et le mal ne reparut pas pendant six semaines malgré l'emploi de drastiques violents destinés à combattre l'ascite. Cependant la chute se reproduisit au bout de ce temps sous l'influence d'une diarrhée avec ténesme; mais elle fut de nouveau guérie par l'application de l'acide nitrique qui ne détermina d'ailleurs aucune douleur. L'acide nitrique fumant, employé chez une autre malade, détermina d'assez vives douleurs et des excoriations; mais la guérison fut rapide et complète. Ces faits et d'autres encore ont conduit l'auteur à regarder l'acide nitrique comme un bon moyen de traiter les chutes du rectum sans causer trop de souffrances. Il ne donne pas ce moyen comme absolument certain, mais au moins comme bien supérieur à tous les autres, notamment à l'extrait de noix vomique.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIENN.

Diagnostic de l'hypertrophie du cerveau; par le docteur MAUTHNER.—Chez les enfants offrant les caractères extérieurs d'une bonne santé, il n'y a que l'apparition de désordres de l'intellect et de la myotilité qui puisse faire soupçonner l'hypertrophie partielle du cerveau. Le crâne ne cède point à la pression; mais sa forme est normale; les os en sont très compactes; les sutures et les fontanelles se sont ossifiées de bonne heure; la protubérance occipitale est proéminente; le corps est épais et offre toutes les apparences de la force et de la vigueur, tandis qu'au contraire l'intelligence est affaiblie; souvent même il y a stupidité.

L'hypertrophie générale du cerveau se distingue de l'hydrocéphale chronique par les caractères suivants : dans l'hypertrophie, la partie postérieure du crâne est la première à faire saillie; dans l'hydrocéphale, c'est le front; cette dernière se fait aussi remarquer par un élargissement plus considérable des fontanelles. Les enfants affectés d'hypertrophie se couchent horizontalement ou jettent la tête en arrière; ceux qui sont atteints d'hydrocéphale se couchent en général sur le ventre et la tête basse. Dans cette dernière, la

face a un aspect vieilli et émacié ; dans la première elle est bouffie ; les yeux sont fixes et sans expression. Les symptômes constitutionnels de l'hypertrophie ne se montrent qu'avec lenteur et n'ont même pas de trait bien saillant, tandis que l'hydrocéphale se caractérise de bonne heure par le changement du caractère qui devient morose, par de l'insommie et des vomissements fréquents. Avec l'hydrocéphale les enfants sont maigres et rachitiques ; avec l'hypertrophie ils sont gras et même comme infiltrés de sucs blancs. Les convulsions, la stupeur, l'agitation se montrent dans la première période de l'hydrocéphale chronique ; les phénomènes spasmodiques sont les premiers symptômes de l'hypertrophie du cerveau ; encore ne se montrent-ils ordinairement qu'à une époque déjà avancée de la maladie. (*Janvier* 1846.)

RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Traitement de l'atrophie mésentérique. — Le docteur ZETTWACH vante beaucoup l'usage journalier d'un mélange de lait et de bouillon au début de l'atrophie mésentérique des enfants. Cette pratique avait d'ailleurs été déjà recommandée par M. Bretonneau. Aux enfants qui ne prennent plus le sein, M. Zettwach conseille de ne donner rien autre chose peudant les cinq premiers mois qu'un mélange par parties égales de lait de vache et d'une infusion légère de fenouil ; on y substituerait plus tard un mélange de lait et de bouillon de veau. Le lait peut être, au besoin, remplacé par un jaune d'œuf.

Revue des journaux italiens.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

De l'accouchement prématuré périodique. — Le docteur RAFFAELE a communiqué, sous ce titre, au dernier Congrès scientifique d'Italie, l'observation d'une femme lymphaticonerveuse qui, dans neuf grossesses consécutives, a constamment et périodiquement mis au monde un fœtus mort, au terme de huit mois et demi. Cette terminaison fâcheuse était annoncée un mois à l'avance par une toux sèche; néanmoins les mouvements du fœtus restaient forts et fréquents jusqu'à huit mois et demi environ qu'ils commençaient à devenir plus rares et plus faibles ; puis, vers le quatrième jour, la malade éprouvait un froid très intense, signes presque certains de la mort du fœtus. Une heure après il survenait une réaction fébrile et le fœtus était expulsé sans trop de douleurs dans l'espace de vingt-quatre heures.

Il est inutile de rapporter ici les nombreux moyens employés par l'auteur, dans les deux dernières grossesses, pour conjurer ce dénoûment fatal, puisqu'ils furent inutiles. Le fœtus était bien développé et bien nourri ; mais le placenta, hypertrophié, était infiltré par une énorme quantité de sérosité ; les arborisations vasculaires en étaient dures, tendues comme des cordons et ossifiées en quelques points. Cet état du placenta explique bien la circonstance de l'accouchement avant terme ; mais il n'explique point la mort du fœtus. L'auteur ne sait donc à quelle cause attribuer cette dernière dans le cas singulier qu'il vient de rapporter.

M. Raffaele se demande ensuite ce qu'il y aura à faire si cette femme redevient enceinte. Comme il est probable que ce ne sera que pour mettre au monde un dixième cadavre, il pense que l'art devrait tenter quelque chose pour assurer l'existence du fœtus ou du moins pour lui procurer le bénéfice du baptême. L'accouchement prématuré artificiel serait parfaitement justifié dans ce cas et présenterait d'autant plus de chances de bon résultat que le fœtus reste vigoureux et plein de vie jusqu'au delà du huitième mois. (*Avril* 1846.)

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Cas compliqué d'albuminurie guéri par l'acide nitrique ; par le docteur LABUS. — Une servante de trente-deux ans, mère de cinq enfants, eut à la suite de ses dernières couches des lochies très peu abondantes ; elle fut prise aussi par intervalles de vomissements accompagnés de douleurs abdominales et de diarrhée ; vers le quatrième mois son teint jaunit, la face devint bouffie ; la moitié supérieure du corps était émaciée ; le ventre présentait les caractères d'un gonflement ascitique ; la malade ressentait de légères douleurs aux hypochondres et à l'épigastre. Les membres inférieurs étaient œdématiés ; les deux régions lombaires étaient douloureuses ; il y avait une diarrhée abondante ; la poitrine paraissait en bon état ; il y avait du mouvement fébrile ; enfin les urines étaient albumineuses. L'inutilité presque constante des moyens employés contre l'albuminurie engagea l'auteur à essayer l'acide nitrique. Un gros de cet acide fut étendu dans une livre et demie d'eau, avec addition d'une demi-once de sirop simple et d'un mucilage de gomme arabique. Le docteur Labus associa à cette médication une diète réparatrice. Au bout de trente-quatre jours de l'emploi de ce traitement, la guérison fut complète. Pendant le cours de la maladie il survint des accès de fièvre dont le sulfate de quinine eut raison. Après la guérison de l'affection granuleuse des reins, le ventre resta météorisé ; soupçonnant que cet état pouvait tenir à des engorgements mésentériques, d'autant plus, d'ailleurs, que la malade était lymphatique, l'auteur employa des pilules de calomel et de jusquiame et en obtint tout le succès désirable.

La promptitude avec laquelle la guérison a été obtenue dans un cas si grave en apparence nous porte à croire, non pas que l'auteur n'ait eu affaire à une albuminurie, mais que l'albuminurie trouvée dans les urines ne tenait pas à une véritable affection organique du rein. On sait, mais depuis peu de temps seulement il est vrai, que des urines albumineuses peuvent être l'effet d'états morbides

autres que les néphrites de ce nom (1). Quoi qu'il en soit, du reste, on pourrait essayer la limonade nitrique même dans ce dernier cas.

Des préparations de noyer dans la diarrhée et la dysenterie; par M. SCOTTI. — Les diarrhées et les dysenteries sont très fréquentes dans les campagnes vers la fin de l'été, ainsi qu'en automne. L'auteur les attribue d'abord à la nourriture presque exclusivement végétale dont on use à cette époque de l'année, ensuite aux refroidissements subits que les paysans éprouvent dans le cours de leurs travaux. Ayant eu occasion dans le cours de cette saison de traiter des scrofuleux par les préparations de noyer, et ayant remarqué qu'elles causaient chez ces derniers une constipation habituelle, il eut l'idée d'en faire l'application aux individus atteints de diarrhée et de dysenterie. Le succès répondit à son attente. Il rapporte les observations de trente malades qu'il a traités par les préparations de noyer; il a constamment obtenu soit la guérison, soit un amendement notable et immédiat des symptômes, dans les cas où la diarrhée était entretenue par des lésions organiques.

M. Scotti choisit l'extrait préparé avec le brou de noix et les feuilles vertes de noyer et obtenu par décoction et évaporation successives. Il en fait dissoudre 8 à 12 grammes dans un kilogramme de limonade minérale. Le malade en prend un tiers ou la moitié d'un verre quatre fois par jour.

Suivant M. Scotti, ce remède convient à toutes les espèces de diarrhée, sauf celles qui dépendent d'un état phlegmasique.

Revue des journaux anglais et américains.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Mai 1846.

Du traitement de la phthisie par l'huile de naphthe, d'après le docteur HASTINGS.—Nous avons déjà parlé de cette substance dans notre numéro de juillet dernier (2). Un médecin français prétend avoir rapporté d'Angleterre le vrai *medicinal naptha*, lequel paraît différer beaucoup des autres huiles de naphthe. Notre auteur se gardait bien, toutefois, d'en indiquer le mode de préparation, trouvant sans doute plus simple de donner l'adresse de son pharmacien. Nous ne reviendrions pas sur un agent d'un mode si suspect d'importation si réellement le medicinal naphtha n'avait en Angleterre une certaine réputation qui le recommande du moins à l'essai.

Le docteur Hastings vient de publier la seconde édition de son livre, lequel a pour titre : *la Consomption pulmonaire traitée avec succès par le naphthe; cas tirés de la pratique de médecins autres que l'auteur, et venant à l'appui de ce mode de traitement, avec un appendice sur l'utilité de la ponction des cavités tuberculeuses comme moyen adjuvant du traitement curatif* (3).

Nous n'avons point entre les mains le livre du docteur Hastings. Nous pouvons, toutefois, en référer avec confiance au jugement de l'éditeur du *Dublin quarterly journal* qui a examiné quelques-uns des malades traités par le naphtha, et se trouve par-là le mieux à même d'en formuler une appréciation utile à la pratique.

Un certain nombre de médecins s'étaient plaints de n'avoir pas obtenu les mêmes succès que l'auteur avec le médicament qu'il préconise tant. Celui-ci répond que ce défaut de succès tient à ce qu'on a employé une mauvaise espèce de naphthe, ou à ce qu'on l'a employé dans des cas où il était contre-indiqué, ou enfin à ce que les malades étaient dans des circonstances par trop défavorables.

On trouve dans le commerce, sous le nom de naphthe, plusieurs substances très différentes les unes des autres. L'*huile de naphthe* indiquée dans nos traités de matière médicale, et qui est aujourd'hui à peu près inusitée en France, n'est point celle que préconise l'auteur anglais. La sienne est celle que les chimistes désignent sous le nom d'*acétone* ou d'*esprit pyro-acétique*. On l'obtient en distillant à sec un acétate ou en faisant passer la vapeur de l'acide acétique à travers un tuyau de porcelaine rougi au feu. Ses caractères distinctifs sont de ne point prendre une apparence laiteuse lorsqu'on la mêle avec de l'eau, de ne point offrir de réaction acide, et d'entrer en effervescence sans changer de couleur lorsqu'on y ajoute de l'acide nitrique.

Cet esprit pyro-acétique, chauffé doucement, a la propriété de dissoudre la matière tuberculeuse; sa vapeur produit le même effet, d'où l'auteur a conclu à la curabilité de la phthisie par l'esprit pyro-acétique administré à l'intérieur. Le raisonnement n'est pas des plus rigoureux; mais qu'importe si les malades guérissent?

Or, M. Hastings prétend n'avoir pas guéri moins de 66 malades sur 100 lorsque la maladie ne datait pas de plus de dix-huit mois, lorsque les cavernes était petites, lorsque le poumon n'était pas criblé de tubercules. Dans les cas où il a été moins heureux, il a, pour

---

(1) Voyez à ce sujet, dans l'analyse que nous donnons de l'ouvrage de M. Legendre, les idées très saines que ce médecin professe sur la prétendue albuminurie des enfants à la suite de l'anasarque scarlatineuse.

N. D. R.

(2) Voyez l'analyse d'un ouvrage sur les fumigations de goudron et le medicinal naphtha.

(3) *Pulmonary consumption successfully treated with naphtha; with cases from other medical men in support of that treatment; and an Appendix, shewing the utility of puncturing tuberculous cavities, as an adjuvant in the cure of phthisy.* Second edition revised and enlarged. By John HASTINGS, M. O. Senior physician to the Blenheim-street Dispensary. 1845, 800 pp. 260.

nous servir de ses expressions, procuré aux malades le soulagement le plus extraordinaire et les plus inattendu, de sorte que non-seulement la vie a été prolongée, mais qu'elle a été rendue plus *confortable*.

Le docteur Hastings, pour prouver la valeur d'une assertion aussi étonnante, a soumis un certain nombre de ses malades à l'examen de ses confrères. Il a aussi présenté quelques malades traités suivant la même méthode par différents médecins. Ceux qui ont passé sous les yeux de l'auteur de l'article bibliographique du *Quarterly Dublin journal* sont au nombre de seize. Il serait trop long de rapporter en détail le jugement qu'il porte sur chacun de ces cas. Ce jugement est sévère; il porte néanmoins tous les caractères de l'impartialité, et peut-être serait-il plus favorable si plusieurs des observations en question offraient des détails plus concluants. Ainsi, de ces seize cas, il y en a sept que l'on est obligé de mettre hors de cause faute d'éléments suffisants pour se former une opinion. Dans cinq cas il y a eu amélioration, mais non guérison. C'étaient autant de cas d'induration pulmonaire avec ou sans cavernes et sans râles humides. Il n'est pas rare, dit le critique, de voir dans ces circonstances une amélioration passagère, sans qu'il soit besoin d'administrer le naphthe. *Quatre* cas sont donnés comme des exemples de guérison. Or, dans le premier il y avait plutôt prédisposition à la phthisie que phthisie confirmée; aucun signe ne venait attester l'existence de cette dernière, et peut-être n'existait-il pas un seul tubercule. Les deux cas suivants sont des exemples à peu près incontestables d'induration; la matité à la percussion et les autres symptômes respiratoires morbides disparurent sous l'influence du naphthe. Mais, dit le critique, on peut n'avoir eu affaire qu'à une induration pneumonique (*pneumonic solidification*), ce qui, ajoute-t-il, est cependant difficile à admettre si les observations sont bien exactes, si elles sont honnêtement rapportées (*honestly detailed*). Quant au quatrième cas que le docteur Hopkins a pris sur sa propre sœur, il est difficile, d'après l'opinion du critique, d'y voir autre chose qu'un exemple de phthisie guérie. Ce dernier jugement, le seul favorable, est-il une politesse au docteur Hastings ou une fiche de consolation laissée à l'amour fraternel? Nous en laissons la responsabilité au critique du *Quarterly Dublin journal*. Quoi qu'il en soit, il arrive à cette conclusion que le remède en question a des propriétés curatives importantes (*is one of considerable power*), et qu'il y a quelque avantage, en définitive, à administrer l'esprit pyro-acétique dans la phthisie, sauf les cas de complication inflammatoire. La dose est de 20 gouttes trois fois par jour. (*Mai* 1840.)

Revue pharmaceutique et formules.

Préservatif contre les cicatrices des boutons varioleux. — Le docteur THIELMANN prescrivit le collyre suivant dans un cas de variole parvenue à la période de suppuration, où les paupières étaient parsemées de boutons et fortement tuméfiées.

Pr. Bichlorure de mercure	5	centigr.
Eau distillée	180	grammes.
Laudanum de Sydenham	4	—
M. et F. D. S. A.		

pour un collyre qu'on applique une fois par jour au moyen de compresses. — M. Thielmann a vu ce topique faire sécher promptement, sans qu'il en restât la moindre trace, des pustules volumineuses, confluentes et enflammées. (*Journal de pharmacie.*)

Emplâtre contre l'arthralgie chronique. (Prof. LIPPICH, de Padoue.)

Suif de mouton	30	grammes.
Faites fondre à un feu doux, puis ajoutez :		
Résine de pin } ãã	30	grammes.
Cire jaune }		

Continuer l'action de la chaleur jusqu'à fusion complète; retirer du feu, et, lorsque le mélange est près de se solidifier par suite du refroidissement, ajouter enfin :

Opium purifié	4	grammes.
Camphre pulvérisé	4	—

M. S. A. pour une masse homogène.

M. Lippich fait préparer avec cette composition des écussons dont il prescrit d'envelopper les articulations douloureuses. (*Id.*)

Sirop antispasmodique et potion calmante extemporanée. (Cap.)

Pr. Eau de tilleul deux fois cohobée	120	grammes.
Eau de fleurs d'oranger double	15	—
Sucre très blanc	270	—
Faites fondre à froid et ajoutez :		
Éther sulfurique	25	—

On place le tout dans l'appareil à sirop d'éther; on agite de temps en temps pendant plusieurs jours. On laisse reposer; quand le sirop s'est éclairci, on le soutire par le robinet d'en bas; on le conserve dans un flacon hermétiquement bouché.

Avec une cuillerée à café de ce sirop et deux cuillerées à bouche d'eau fraîche, on prépare une *potion calmante extemporanée*, que l'on peut renouveler à chaque instant et emporter à la campagne comme en voyage. (*Id.*)

Association du bichlorure de mercure à la pommade stibiée.

M. Bertini de Turin a obtenu de très bons effets de la formule suivante déjà proposée par Stenay :

Pr. Axonge purifiée,	48	gr.
Tartre stibié en poudre très fine,	8	—
Bichlorure de mercure,	30	cent.

M. et F. S. A. une pommade homogène.

Après deux ou tout au plus trois frictions, il se développe des boutons nombreux qui passent plus rapidement à la suppuration que ceux qui résultent de la pommade émétisée simple. M. Bertini n'a jamais observé de ptyalisme. (*Bulletin de thérapeutique.*)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances du 13 et du 20 octobre 1846.

Présidence de M. ROCHE.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la double perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres, MM. A. Bérard et Poirson.

Peste, quarantaines.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste. Nous allons donner ici la conclusion sur laquelle la discussion porte, telle qu'elle a été lue dans la dernière séance.

« *Prophylaxie de la peste.* — 7° *Par la législation sanitaire.* — Faire surveiller au » départ, pendant la traversée et l'arrivée, par » des médecins sanitaires institués à cet effet, » les bâtiments venant de lieux suspects.

» Leur délivrer :

» *Patente nette* en temps ordinaire, c'est-à-» dire quand la peste n'existerait pas ou » n'existerait qu'à l'état sporadique ;

» *Patente brute* en temps d'épidémie pesti-» lentielle ou d'imminence d'épidémie.

» Avec la première patente, leur imposer » dix jours de quarantaine d'observation. — » Avec la seconde, quinze jours de quaran-» taine d'observation.

» Compter cette quarantaine à l'instant du » départ; en d'autres termes, y comprendre » le temps de la traversée.

» Laisser à l'autorité sanitaire du port le » soin de déterminer la durée de la quaran-» taine en cas de peste ou de maladie suspecte » à bord pendant la traversée.

» Provisoirement, et jusqu'à ce que des ex-» périences décisives aient pu être faites rela-» tivement à la transmissibilité ou à la non-» transmissibilité de la peste par les hardes et » vêtements, plomber au départ les effets des » voyageurs, ou mieux encore si cela était » possible, les soumettre à un bon système » d'aération pendant la traversée.

» Dans tous les cas, regarder comme inu-» tiles et illusoires les moyens actuellement » mis en usage dans le but de purifier les » marchandises.

» Enfin, disposer les lazarets de manière à » assurer l'isolement des pestiférés et en même » temps une parfaite aération. Les pestiférés » devront, d'ailleurs, y recevoir tous les se-» cours et tous les soins qui sont donnés aux » malades ordinaires. »

M. GAULTIER DE CLAUBRY demande la suppression complète de la septième conclusion. Il suffit à l'Académie d'avoir formulé ses convictions relativement à la transmissibilité de la peste (2e paragraphe de la IIIe conclusion) et à la période d'incubation de cette même maladie (Ve conclusion). L'Académie ne doit pas aller plus loin, et elle doit s'abstenir de formuler un code sanitaire; c'est une affaire qu'il faut laisser l'administration régler comme elle l'entendra, et assumer sur elle la responsabilité des conséquences. Si ces dernières sont heureuses, à l'Académie en reviendra tout l'honneur puisqu'elle en aura posé les principes.

Si toutefois l'Académie n'adopte pas ce sage parti et qu'elle veuille à tout prix formuler des règlements sanitaires, M. Gaultier de Claubry veut qu'elle demande qu'avec *patente nette* les bâtiments soient admis immédiatement à la libre pratique, et non pas soumis à une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, comme le propose la commission, puisque, s'il n'y a pas de peste en Orient, les bâtiments n'ont pu importer cette maladie ; qu'en cas de *patente brute*, tout bâtiment qui n'aura à bord ni cas de peste ni maladie suspecte ne subisse qu'une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, conformément au principe établi par la cinquième conclusion, et non une de quinze jours ainsi que le propose la commission qui semble faire à plaisir le sacrifice de ses convictions relativement au peu de durée d'incubation de la peste.

Qu'enfin, s'il y a eu des cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée, ou s'il y en a encore au moment de l'arrivée du bâtiment, ou enfin s'il y a des motifs légitimes de suspicion de l'exactitude des papiers du bord, il soit imposé une quarantaine d'observation de dix jours à compter du jour de l'arrivée, et non pas qu'on laisse à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine, comme le propose la commission.

M. DUBOIS (d'Amiens) termine la séance par un long discours dans lequel il reproduit la plupart des arguments qu'il avait déjà invoqués dans son premier discours par lequel avait été ouverte la discussion générale (voy. le numéro de juillet). Ne croyant pas à la transmissibilité de la peste, l'orateur demande la suppression de l'article 7 et de tous les paragraphes qui le composent. Quelque opinion que l'on ait, d'ailleurs, sur la peste, il pense que l'Académie doit se borner à voter les articles scientifiques et laisser au gouvernement à en faire l'application s'il le juge convenable. Mais ce qu'il faut bien surtout se garder de conseiller au gouvernement, c'est, comme le propose la commission, d'abandonner aux intendances sanitaires le soin de déterminer la durée des quarantaines en cas de maladie suspecte à bord. Armées de cette dictature, les intendances trouveront tout suspect; rien ne leur échappera.

M. LE PRÉSIDENT (1) : M. Prus étant absent, la parole ne sera donnée qu'à ceux des orateurs inscrits qui ont à parler dans le sens du rapport ou sur des questions incidentes. La parole est à M. Mêlier.

M. MÊLIER essaie de réfuter les arguments de MM. Gaultier de Claubry, Dubois (d'Amiens) et Rochoux, qui, pour être différents, n'en mènent pas moins au même but, c'est-à-dire la suppression de la septième conclusion. Relativement au conseil que l'on donne à l'Académie de s'en tenir à voter des principes, l'orateur dit qu'en agissant ainsi elle ressemblerait au médecin qui, après avoir établi un diagnostic et précisé les indications, en resterait là et ne donnerait aucun conseil.

Plus loin, M. Mêlier prend la défense des faits de peste transmise dans le lazaret de Marseille et dont M. Dubois a nié l'exactitude dans son premier discours.

Ces faits, dit M. Mêlier, sont contenus dans douze volumineux dossiers que l'intendance de Marseille a livrés à la commission, à la demande du ministère ; ils embrassent la période de plus d'un siècle, et se composent de plus de cinq cents pièces, toutes authentiques, écrites jour par jour sur les lieux et portant des caractères de vérité auxquels on ne peut résister lorsqu'on les examine avec attention.

Des douze dossiers en question, il faut en écarter deux, le n° 3 et le n° 8 ; ils avaient eu des pestiférés pendant la traversée ; mais il ne s'en est pas déclaré de nouveaux pendant la quarantaine ; conséquemment, n'ayant eu personne à envoyer au lazaret, ils n'ont pu y propager la peste ; il n'y a pas à en tenir compte.

Les dix autres ont tous envoyé la peste au lazaret. Sur les dix, la peste s'est incontestablement propagée quatre fois sur des gens du lazaret n'ayant pas même été à bord. Ces faits, dont M. Dubois nie la valeur, sont les suivants :

1° *L'Étoile du Nord*, capitaine Coutel (premier dossier, premier fait du rapport). Il envoie successivement jusqu'à cinq malades au lazaret : les uns meurent, les autres guérissent. Que s'ensuit-il ? Deux personnes attachées au service de ces malades prennent la peste, savoir : un chirurgien et un garde. Comme ce chirurgien appartenait à l'équipage, je le laisse ; en invoquant une incubation de dix-neuf jours, on pourrait dire qu'il avait déjà la peste, à l'état latent, en entrant au lazaret ; mais il ne saurait y avoir aucun doute pour le garde ; il est dit positivement dans ce document qu'il n'avait pas été à bord. C'est donc un premier cas bien certain et bien constaté.

Maintenant que devient ce garde ? M. Prus dit dans le rapport qu'il guérit. Erreur ! *il mourut*, ayant des bubons aux aines et tous les symptômes de la peste.

2° Le deuxième fait de communication de la peste aux gens du lazaret est fourni par le navire *l'Assomption*, capitaine Millich. Il résulte de ce fait, dont on ne peut se faire une juste idée qu'en lisant les pièces elles-mêmes, que la peste introduite dans le lazaret par le capitaine Millich s'y est communiquée à cinq personnes dont quatre sont mortes.

3° Le troisième exemple de communication de la peste dans le lazaret est fourni par le vaisseau *la Providence*, capitaine Bernardy. Trois de ses hommes entrent aux infirmeries du lazaret et y meurent. La peste se communique à deux personnes du service : l'une est le chirurgien Paul qui meurt ; l'autre un matelot. Celui-ci ayant appartenu à l'équipage, je le laisse encore comme le chirurgien du premier fait.

4° Le quatrième exemple de communication de la peste dans le lazaret est fourni par le navire *la Continuation*, capitaine Anderson. Après avoir perdu plusieurs hommes pendant la traversée, il fait entrer un malade au lazaret. Un garde est atteint et meurt.

En résumant ces faits, on trouve que, sur dix fois que la peste a été introduite dans le lazaret, elle s'y est propagée quatre fois ; que huit personnes en ont été atteintes, et que de ces huit il en est mort cinq.

M. Dubois ne veut plus de lazarets ; ils ont fait leur temps, dit-il. Une supposition : s'il n'y avait pas eu de lazaret à Marseille dans les circonstances que je viens de rappeler, dans les dix cas où la peste a été importée en France, que serait-il arrivé ? N'est-il pas probable que l'on aurait vu se renouveler plus ou moins les malheurs de 1720 ?

Répondant plus loin à M. Gaultier de Claubry relativement à la durée de la quarantaine, M. Mêlier fait observer qu'une quarantaine de dix jours, traversée comprise, équivaut en réalité à une admission immédiate, puisque la traversée la plus courte ne dure jamais moins de dix jours. En fait donc, la quarantaine se trouverait supprimée. La commission a tenu compte d'une autre raison, d'un petit détail qui n'est pas sans importance : c'est qu'on est dans l'usage de compter le jour du départ, aussi avancé qu'il soit, et le jour de l'arrivée, fût-il à peine commencé ; il en résulte qu'une quarantaine de dix jours se trouve réduite à huit jours. C'est ainsi que les choses se passent à Trieste, à Syra, partout.

M. Gaultier de Claubry a fait une autre critique, et celle-là je m'y associe pleinement. Il a blâmé le paragraphe qui laisse à l'administration la libre disposition des mesures à prendre au port d'arrivée, en cas de peste à bord pendant la traversée. J'avais moi-même blâmé cette latitude laissée à l'administration ; elle pourrait amener des abus. On a vu en pareille occurrence imposer des quarantaines, non pas seulement de trente jours, comme le dit M. Gaultier de Claubry, mais de quatre-vingts

(1) Ce qui va suivre appartient à la séance du 20 octobre. Nous y avons joint ce qui précède de la séance du 13, afin de scinder le moins possible la discussion de la septième conclusion, la plus importante de toutes.

jours; car, il faut qu'on le sache, il est de règle dans nos lazarets, à chaque accident, à chaque mort nouvelle qui y arrive, de faire recommencer la quarantaine à tout le monde, l'accident fût-il fortuit, la mort fût-elle le résultat d'une chute. (M. KÉRAUDREN fait un signe d'assentiment.) Pour prévenir de pareils abus, j'ai déposé depuis longtemps sur le bureau un amendement à ce sujet, amendement que je me réserve de développer quand viendra la discussion du paragraphe.

M. POISEUILLE, considérant qu'il est impossible de prouver que le temps de l'incubation de la peste ne surpasse jamais huit jours, propose, pour la *patente brute*, lorsqu'aucun cas de peste ni de maladie suspecte n'aura éclaté pendant la traversée, *une quarantaine de huit jours pleins*, comptés à partir de l'instant du départ, au lieu de quinze jours comme le veut la commission. Il fait la même proposition, à plus forte raison, dans le cas de patente nette. Admettre une quarantaine de plus longue durée pour l'une et l'autre patente, c'est, dit-il, anéantir la cinquième conclusion que nous avons votée.

Quant aux médecins sanitaires imposés aux bâtiments marchands, cette mesure, ajoute-t-il, me paraît impraticable. C'est un étranger, me disaient dernièrement à ce sujet des armateurs, que vous installez dans notre maison; l'indépendance de notre personnel est trop connue pour qu'un médecin puisse jamais accepter de pareilles fonctions.

Séance du 27 octobre.

M. LEGROUX lit un mémoire intitulé : *Recherches cliniques sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique de l'affection saturnine*. Selon lui, cette maladie est un empoisonnement et non une névralgie; la guérison s'en opère par dépuration; elle peut être spontanée, ce qui doit rendre très réservé sur les conclusions à tirer des diverses méthodes thérapeutiques. Le traitement comprend cinq médications, qui sont : 1° la destruction du foyer extérieur d'intoxication (nettoyage des objets, des vêtements; bains sulfureux); 2° la destruction du foyer intérieur d'intoxication (alun, eaux sulfureuses; acide sulfurique, hydrate de persulfure de fer); 3° le moyen curatif par excellence, c'est l'élimination du plomb absorbé au moyen des sécrétions (évacuants, et notamment le *traitement de la Charité*); 4° contre-balancer l'action toxique du plomb par une médication qui aurait une action opposée; mais ce que l'opium a fourni à cet égard n'a pas encore répondu à l'attente; 5° combattre les états morbides que l'affection saturnine laisse après elle et dont le plus constant est un état d'anémie qui appelle l'intervention des préparations ferrugineuses et d'un régime fortifiant. (Commissaires : MM. Caventou, Renauldin et Bricheteau.)

Séance du 3 novembre.

Préparations de noix vomique contre la danse de Saint-Guy. — M. TROUSSEAU, candidat à la place vacante, lit un mémoire sur ce sujet. C'est à lui, ainsi qu'à MM. Fouilhoux et Rougier (de Lyon), que l'on doit d'avoir nettement formulé ce traitement. Des expériences publiques se faisaient en même temps à Lyon, et à Paris dans le service de l'hôpital Necker.

M. Trousseau a été conduit à employer ce traitement par deux motifs : le premier, parce que dans la danse de Saint-Guy il y a presque toujours paralysie incomplète de l'un des côtés du corps; le second, parce que les préparations de noix vomique provoquent des contractions toniques tétaniformes; il y avait lieu d'espérer que l'on substituerait la modification nerveuse déterminée par la strychnine à celle qui accompagne la chorée.

Il a traité 13 malades, 10 avec un plein succès. L'amélioration s'est ordinairement manifestée après huit ou dix jours de traitement; la guérison a été complète, le plus souvent au bout d'un mois.

La préparation exclusivement adoptée par M. Trousseau est le sulfate de strychnine qu'il dissout dans du sirop simple, dans la proportion de 5 centigrammes pour 100 grammes de sirop. Il donne d'abord dix grammes de sirop, soit 5 milligrammes ou un dixième de grain de sel de strychnine, divisés en quatre ou six doses, dans le courant des vingt-quatre heures. Tous les jours il augmente de 5 grammes, jusqu'au moment où il se manifeste des démangeaisons à la tête et de légères raideurs musculaires. Il faut toujours aller jusqu'à cette raideur. On augmente ou l'on diminue les doses du sirop en raison de l'effet produit. Quand la chorée est à peu près guérie, on reste aux mêmes doses pendant quelques jours; on diminue ensuite, et l'on cesse enfin quand il ne reste plus que ces légères traces que les choréiques conservent si souvent.

Tout en regardant le sirop de sulfate de strychnine comme la médication principale, M. Trousseau ne néglige pas les autres indications : il saigne s'il y a aménorrhée avec pléthore; il donne les martiaux si la chorée est unie à la danse de Saint-Guy, comme cela arrive si souvent; les antispasmodiques si l'hystérie vient compliquer la chorée.

Peste; quarantaines.

M. CASTEL demande la suppression des dernières conclusions du rapport. Son argumentation se termine par ces paroles :

Quiconque n'aura lu que la première partie du rapport, celle qui se rapporte à l'origine de la peste et à sa communication, sera disposé à croire que la majorité de la commission a eu le dessein de favoriser les prétentions et les intérêts du commerce. Au contraire, celui qui n'en aura lu que la seconde partie, celle qui se rapporte aux quarantaines, restera convaincu que la commission n'a repoussé des anciennes traditions que ce qu'elles avaient de barbare, qu'elle s'est abstenue de froisser ouvertement des usages chers aux populations, qu'elle a respectés souvent avec prudence,

quelquefois avec timidité. En rapprochant les deux parties du rapport pour les juger dans leur ensemble, on reconnaîtra qu'il ne sert ni le commerce ni l'administration.

M. Guéneau de Mussy admet en principe la septième conclusion; il demande seulement qu'elle soit modifiée : l'Académie doit se borner à indiquer le terme qu'il conviendrait, d'après les données scientifiques, d'assurer à la durée des quarantaines, mais en laissant à l'administration le soin de fixer elle-même les chiffres. L'orateur approuve beaucoup, du reste, l'institution des médecins sanitaires. Il pense également qu'un bon système d'aération et de ventilation des navires serait d'une très grande utilité.

M. Rochoux demande avec insistance le rejet de la septième conclusion.

M. Gérardin : L'Académie peut-elle prendre l'initiative en matière administrative? Cette question s'est présentée plusieurs fois, et notamment à propos de la fièvre jaune et du choléra-morbus ; elle a toujours été résolue par la négative. Je demande qu'avant d'entamer la discussion sur la septième conclusion, l'Académie décide cette question préjudicielle, savoir, si elle doit ou non s'occuper de ce qui concerne les règlements sanitaires de la peste.

M. Prus : Les propositions dont se compose la septième conclusion ne sont, en définitive, autre chose que des vœux qu'exprime la commission au nom de l'Académie, vœux qui se trouvent émis déjà dans le corps du rapport; la commission n'a jamais eu d'autre idée, d'autre prétention que celle-là. Si, dans la nouvelle rédaction, nos propositions ne sont pas sous la même forme, si l'expression de vœux ne s'y trouve plus, c'est que nous avons dû chercher à les contracter, à les resserrer le plus possible.

— Après une discussion assez confuse sur les termes de la question préjudicielle, M. Bégin la formule ainsi :

« Admettra-t-on ou non une conclusion dans laquelle l'Académie formulera l'indication des moyens sanitaires ? »

L'Académie vote pour l'affirmative.

Séance du 10 novembre.

M. le docteur G. Moij'disovics, premier chirurgien de l'hôpital impérial de Vienne, offre à l'Académie un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Darstellung einer sicheren und schnellen Heilmethode der Syphilis durch Iodpræparate*, ou *Exposé d'une méthode sûre et rapide de traiter la syphilis par les préparations d'iode*. M. le docteur Moij'disovics prie l'Académie de vouloir bien nommer une commission chargée d'expérimenter sa méthode et de vérifier les résultats qu'il annonce.

—M. le président propose, au nom du bureau, à l'Académie de souscrire pour les inondés de la Loire au moyen de l'abandon d'un jeton de présence.

Sur la proposition de M. Gaultier de Claubry, vivement appuyée, l'Académie décide par acclamation qu'elle fera l'abandon de deux jetons.

Peste; quarantaines. — M. Prus donne lecture du premier paragraphe de la septième conclusion, lequel est ainsi conçu :

« Faire surveiller au départ, pendant la » traversée et à l'arrivée, par des médecins » sanitaires institués à cet effet, les bâtiments » venant de lieux suspects. »

Après quelques interpellations sur la forme à donner à la proposition, cette première proposition est mise aux voix, sauf réduction. (Adopté.)

L'Académie adopte également, après une courte discussion, les deuxième et troisième paragraphes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre.

Remède contre le mal de mer. — Suivant M. Jobard, de Bruxelles, les causes du mal de mer sont purement mécaniques. Le mouvement du vaisseau soulève et abaisse alternativement la masse des intestins, qui jouit d'assez de mobilité dans la cavité abdominale pour aller chatouiller le diaphragme et provoquer le hoquet vomitif, en même temps qu'elle comprime le foie et force la vésicule biliaire à verser son contenu dans l'estomac qui le rejette à l'instant. C'est, en effet, au moment où le navire plonge que le mal se fait sentir, tandis qu'il y a répit quand le navire se relève, parce qu'alors les intestins s'appuient sur le bassin en s'éloignant du diaphragme.

On se délivre de cette incommodité en assujétissant les intestins sur le bassin par un procédé mécanique quelconque. Rien de plus simple, à cet égard, qu'une ceinture serrée à la base du thorax avec la précaution de ne pas comprendre l'estomac sous la ligature. On ne réussirait pas en plaçant la ceinture au milieu ou sous l'abdomen ; c'est nécessairement au-dessus qu'il convient de la serrer, modérément d'abord, puis de plus en plus si cela devient nécessaire.

L'expérience a confirmé l'efficacité de ce moyen. Tous les passagers d'un navire qui avaient suivi les conseils de M. Jobard furent à l'abri du mal de mer pendant une longue et pénible traversée.

Action thérapeutique du sel marin. — M. Plouviers de Lille, a fait, sur ce sujet, des expériences très variées qui l'ont porté à conclure : 1° que le chlorure de sodium, pris à haute dose par des personnes d'un tempérament sanguin, apoplectique, est nuisible; 2° qu'au contraire, chez les personnes affaiblies et cependant sans être malades, il est d'une incontestable utilité; 3° qu'il peut venir, chez les ouvriers et les malheureux, en supplément de nourriture, pris à doses fractionnées et associé aux aliments.

Cataracte.—M. Guépin, de Nantes, adresse un mémoire ayant pour titre : *N'est-il pas possible de réduire de plus de moitié le chiffre habituel des insuccès dans les opérations de cataracte ?*

M. Guépin rend compte des résultats comparatifs qu'il a obtenus par la méthode d'abaissement de M. Cunier et par la méthode d'extraction.

Voici en quels termes il formule les règles qu'il croit devoir suivre à l'avenir:

L'abaissement, légèrement modifié selon les circonstances, peut donner plus de dix succès contre un insuccès, même en opérant des gens indociles et imprudents, et de mauvais cas ; aussi doit-il être employé comme méthode générale.

Afin de ne pas piquer ni déchirer sans nécessité absolue l'iris, la choroïde ou les procès ciliaires, l'opération sera faite avec une aiguille coudée à peu près à angle droit, et le coude sera toujours présenté à l'iris et à la choroïde une fois l'aiguille introduite dans l'œil.

Afin d'éviter le tremblement consécutif de l'iris et l'amaurose, l'aiguille sera introduite dans l'œil à trois millimètres de la cornée, un peu au-dessus du plan de l'axe des yeux.

Le cristallin, quand faire se pourra, sera conduit avec sa capsule dans le corps vitré; la face antérieure deviendra inférieure et la face postérieure sera tournée vers la partie supérieure de l'œil.

Si le cristallin est mou, il sera broyé sur place, et huit ou dix jours plus tard, à l'époque où l'irritation produite par la piqûre de l'aiguille sera dissipée, on le broiera de nouveau, et l'on pourra procéder à une ponction destinée à faire sortir de l'œil ses principales parties.

Cette ponction sera faite près du cercle de la cornée avec un couteau à lame étroite ; elle pourra nécessiter une section de cornée de 5 à 7 millimètres ; mais l'on évitera de se placer dans la jonction de la cornée à la sclérotique, afin de n'avoir pas de hernie de l'iris.

Dans les cataractes compliquées d'iritis avec atrésie pupillaire complète ou incomplète, l'opération artificielle précèdera celle de la cataracte qu'elle rendra plus sûre et plus facile en permettant de voir les mouvements de l'aiguille.

NOUVELLES MÉDICALES.

Rentrée de la Faculté de médecine de Paris. — La séance de rentrée a eu lieu lundi 16 novembre. Le discours d'apparat a été prononcé par M. le professeur Dumas. Après avoir fait l'éloge de M. Bérard jeune, l'auteur s'est livré à des considérations générales sur la chimie organique, en rappelant les noms de ceux qui ont illustré cette branche nouvelle de la chimie.

Après le discours de M. Dumas, la distribution des prix a eu lieu comme il suit :

Le premier prix de l'École pratique a été décerné à M. Fano (Salvador), né le 3 décembre 1824 à Amsterdam (Hollande).

Le deuxième prix a été décerné à M. Macquet (Louis-Jules), né le 30 août 1821 à Angoulême (Charente).

Une mention honorable à M. Hocquet (Auguste-Bienaimé), né le 1er décembre 1821 à Bouvaincourt (Somme).

Prix des élèves sages-femmes.—Premier prix à mademoiselle Riquoir (Marie-Louise), née le 25 avril 1822 à Arteux (Nord).

Une mention honorable à mademoiselle Loussin (Constance-Joséphine).

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1847 la question suivante :

« Exposer, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, les effets thérapeutiques des vomitifs dans les maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1847, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

Prix fondé par Montyon. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1847 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

— M. Orfila, docteur de l'Université de Madrid (1).—La Faculté de médecine de cette ville, voulant donner à M. Orfila un témoignage de sa haute estime, après avoir été extraordinairement convoquée, décida, sur la proposition de son vénérable et savant doyen le professeur Guttierrez, qu'une ordonnance royale serait sollicitée afin d'obtenir que le diplôme de docteur fût conféré à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, avec dispense d'examens et de frais. Les avis de M. le recteur et de M. le directeur de l'instruction publique ayant été favorables, le ministre de la *gobernacion* (de l'intérieur et de l'instruction publique) présenta à la signature de S. M.

(1) M. Orfila vient de faire un voyage en Espagne.

la reine un projet d'ordonnance qui avait été préparé et qui fut immédiatement signé.

Le dimanche 18 octobre dernier, on procéda en présence du public, dans la grande salle des Actes, à la réception de M. Orfila. Tous les professeurs étaient présents et revêtus de leurs robes et de leurs insignes ; dès qu'ils eurent pris place, on introduisit le récipiendaire, qui était revêtu du même costume et qui était accompagné de deux professeurs, ses parrains, également en grande tenue. La séance étant ouverte par M. le doyen Guttierrez, qui la présidait, M. Soler, secrétaire de la Faculté et agrégé, donna lecture de l'ordonnance royale dont nous avons déjà parlé, et immédiatement après, sans mot dire, le président remit à M. Orfila une paire de gants blancs, puis une épée, puis une canne à pomme d'or, et enfin une fort belle bague en or que l'un des parrains plaça au doigt annulaire de la main gauche du récipiendaire. Quelques instants après, M. le doyen déclara à haute voix que M. Orfila était reçu docteur de la Faculté de médecine de Madrid, et la séance fut levée.

La Société de pharmacie de Paris a proposé, comme sujet d'un prix à décerner en 1847 :

1° Faire l'analyse du séné ; reconnaître et déterminer le principe auquel il doit sa propriété purgative ;

2° Comparer chimiquement, sous le rapport de la quantité du principe purgatif, les diverses espèces de feuilles et de follicules du séné du commerce.

Le prix sera une médaille d'or de 500 fr. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être envoyés, avant le 1er août 1847, et francs de port, à M. *Soubeiran*, secrétaire général, rue de l'Arbalète, 13, à Paris.

— Dans sa séance du 2 juin 1845, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours pour 1846 la question suivante :

« Faire connaître les maladies qui exercent principalement leurs ravages dans la ville de Bruxelles ou dans toute autre partie importante de la province de Brabant (un canton au moins), en donner la statistique, en exposer les causes, et indiquer les moyens d'en diminuer la fréquence, d'annihiler ou d'atténuer leurs funestes effets. »

Aucun mémoire ne lui étant parvenu en réponse à cette question, la Société, dans sa séance du 6 juillet, a décidé qu'elle serait maintenue au concours pour l'année 1847.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr. Toutefois la Société se réserve la faculté d'augmenter la valeur du prix, s'il lui parvient un travail très méritant.

Les membres titulaires et les membres honoraires résidant à Bruxelles ou dans la banlieue sont exclus du concours.

En aucun cas le lauréat ne pourra réclamer la valeur en espèces de la médaille qu'il aura obtenue.

Les mémoires destinés au concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et adressés francs de port et dans les formes ordinaires, avant le 1er juillet 1847, à M. le docteur Dieudonné, secrétaire de la Société, 29, rue de l'Empereur.

—Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Bérard, professeur de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé doyen de ladite Faculté en remplacement de M. Caizergues, dont la délégation quinquennale est expirée.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Article 1er. A l'avenir, dans les concours d'agrégation ouverts devant les Facultés de médecine, l'élimination des candidats, prescrite par l'article 3 de l'arrêté du 23 août 1842, devra être faite de manière à n'en conserver que trois au plus, ou deux au moins, pour chaque place vacante.

Art. 2. Une épreuve clinique, dont la durée sera de trois quarts d'heure, est ajoutée aux épreuves définitives des concours pour les places d'agrégés dans les sections des sciences médicales et des sciences chirurgicales.

— La distribution des prix a eu lieu à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens militaires de la garnison de Paris, plusieurs membres du conseil de santé, parmi lesquels nous avons remarqué MM. Gasc, Bégin, Pasquier, etc., assistaient à cette solennité.

A midi, M. Evrard de Saint-Jean, directeur de l'administration de la guerre, assisté de M. Villemain, sous-intendant militaire, a ouvert la séance.

M. le professeur Lacauchie, dans un discours remarquable, aussi profondément pensé que spirituellement et élégamment écrit, a jeté un coup d'œil rapide sur l'histoire de quelques-uns des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie, et plus spécialement sur l'étude des maladies syphilitiques, envisagées au point de vue de la thérapeutique.

Après ce discours, M. Evrard de Saint-Jean a fait une courte allocution dans laquelle il a exposé quelques améliorations introduites récemment dans ce service, et a promis, au nom du ministre, la continuation de son active sollicitude.

Les prix ont été proclamés dans l'ordre suivant :

Prix des chirurgiens sous-aides : M. Dujardin (Albert).

Prix des chirurgiens aides-majors : M. Vallette (Dominique).

Prix des pharmaciens aides-majors : M. Dupuis.

— M. le préfet du Calvados, par suite de la démission de M. le docteur Lesauvage, vient de nommer M. le docteur Leprestre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen.

Nécrologie.

Le docteur John Thomson, professeur de pathologie à l'Université d'Édimbourg, vient de mourir à l'âge de 82 ans.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 1er SEMESTRE DE LA 14e ANNÉE.

1846—1847.

A.

Abcès fistuleux.—Injections iodées. 49, 97
Absinthe dans les pollutions nocturnes. 15
Accouchements (Manuel des). 199
Accouchement (Terme naturel de l'). 72
— Ergot de seigle. 76
— prématuré périodique. 254
— provoqué prématurément. 162
— — dans l'éclampsie entre le 7e et le 9e mois. 118
Acétate de plomb dans l'hémoptysie. 72
Acides concentrés contre la chute du rectum. 253
Acide acétique contre les verrues. 72
— *benzoïque.*—Incontinence d'urine. 162
Aconit-napel (de l'). 77
Acupuncture contre une tumeur. 75
ADELON.—Discussion sur la peste. 125, 126
Albuminurie.—Acide nitrique. 254
Aliénation mentale. — Anomalies des fonctions digestives. 120
Aliments (De l'azote dans les). 163
Alloxane (Emploi médical de l'). 253
Ammoniaque (*Phosphate d'*).—Goutte. 122
Amputation calcanéo-astragalienne. 28
Anatomie microscopique (Planches d'). 218
ANDRAL (Service de M.). 4
Anévrysmes. Galvanopuncture. 203
— de la crosse de l'aorte. 3
Angines consécutives à l'érysipèle. 134
Antimoine.—De ses taches. 116
— Sa permanence dans l'économie. 81
Appareil pour les fractures de jambe et de cuisse. 63
Arachnoïde.—Hémorrhagie dans sa cavité. 245
ARNOLD (Atlas d'). 131, 174
Arsenic dans tous les métaux. 213
— Son absence dans les eaux de Passy. 214
— De ses taches. 116
— Antidote. 39
Arsenicaux (*Caustiques*) contre les cancers externes. 251
Art de formuler (Traité de l'). 111
Artères carotides (Ligature des deux). 33, 207
Arthralgie chronique. —Emplâtre. 256
Arthrite blennorrhagique. 24
— De son traitement. 222
Articulation de la cuisse (Atlas). 131
— tibio-fémorale. 131
— du pied. 174
Asthme.—Lobélie enflée. 31
Atlas (Texte des planches de l'). 131, 174, 218
Atrophie mésentérique.—Traitement. 254
AUBERT-ROCHE.—Discussion sur la peste. 126
AUZIAS-TURENNE.—De la migraine. 172
Avortement.—Ne peut être provoqué dans le but de prévenir l'opération césarienne. 251
Azote (Échelle de nutrition basée sur l'). 122
Azotate d'argent dans quelques maladies. 122
— en lavements contre l'entérite pseudo-membraneuse. 221
—(Moyen d'en faire disparaître les taches.) 221

B.

BAILLY.—Choléra. 125
Bains prolongés dans la folie. 170
BECKER.—Guérison de la phthisie. 128
BÉHIER.—Traité de pathologie interne. 115
Belladone dans l'iritis rhumatismale. 34
BELLENCONTRE. — Liniment antipériodique. 27
BENEDETTI.—Tannate de fer. 121
BERCHEM.—De la vératrine. 119
BÉRENGUIER. — Sulfate de cuivre contre le croup. 117
BERTINI.—Pommade stibiée mercurielle. 256
Bicarbonate de chaux dans les eaux. 160
Blennorrhagie.—Traitement. 124
— *chronique.* — Sabine ; ergot de seigle. 30
BLONDLOT.—Fistules biliaires artificielles. 39
BLOXAM.—Ulcération de la veine jugulaire interne. 165
Bluters ou hommes saignants. 202
BOINET.—Des injections iodées. 49, 197
BORET (De). — Contagion de la fièvre typhoïde. 17
BOTTEX.—Monomanie homicide. 70
BOUDET (F.).—Pilules de caoutchouc. 124
BOUISSON. — Tumeurs syphilitiques des muscles. 200, 248
BOUSQUET. — Discussion sur la peste. 38
BOYS DE LOURY.—Uréthrite chez la femme. 126
BRANISS.—Toux nocturne des enfants. 31
BRIAND.—Manuel de médecine légale. 64
BRICHETEAU.—Discussion sur la peste. 80

BRIÈRE DE BOISMONT. — Traitement de la folie. 170
BRIQUET (Service de M.). 177
BUCKLER.—Phosphate d'ammoniaque contre la goutte. 122
BUSSY.—Antidote de l'arsenic. 39

C.

CABARET.—Biographie de Chopart. 41, 84
— Traduction d'un Mémoire de Scarpa. 181
Cade (*Huile de*) dans l'eczéma. 201
Calomel à doses fractionnées. 201
— dans la syphilis. 250
— dans la fièvre typhoïde. 159
Canal nasal.—Oblitération. 5
Cancer.—Considérations pratiques. 250
—Traitement. 81
— *du sein.*—Opération. 134
Caoutchouc dans la phthisie. 124
CAP.—Potion calmante extemporanée. 256
CARASSUS.—Luxation des vertèbres. 204
Caries dentaires.—Du feu. 204
CASTEL.—Discussion sur la peste. 36, 167
Cataracte. (Moyens de diminuer les insuccès dans l'opération de la). 261
—Résolutifs. 69
Caustiques arsenicaux contre les cancers externes. 251
Cautère à l'abdomen.—Écoulement permanent d'un liquide. 63
CAZENAVE (de Bordeaux). — Spasme des doigts. 113
Césarienne (Opération).—Guérison. 252
Challes (*Eaux de*) dans l'affection farcino-morveuse. 152
Chancre (Du). 13, 103, 142, 237
— de la bouche. 166
Charpie comparée au coton cardé. 75
Chaux (*Sels de*) dans les eaux potables. 160
CHÉREAU.—Suette miliaire sporadique. 154
— Kyste pileux du cul-de-sac ombilical. 194
Chimie légale (Traité de). 64
Chlorate de potasse (Propriété médicale du). 166
Chlorose des végétaux.—Sels de fer. 81
— compliquée par des états pyrexiques. 4
— Tannate de fer. 121
Chlorure double mercurio-quinique. 124
Choléra. 125, 128
— *algide* (Cas de). 177
Cholériformes (Affections). 173, 177
CHOPART (Biographie de). 84
Chorée.—Noix vomique. 256
— *électrique.* 75
Cicatrices de variole (Préservatif contre les). 256
COLLIN.—Des caries dentaires. 204
Contagion de la fièvre typhoïde. 17
Convulsions puerpérales.—Accouchement prématuré. 118
Cordon spermatique (Hydrocèle du). 181
CORNAY.—De la lithérétie. 68
Cornée (Rupture de la). 73
Corps étranger dans les tissus du cou. 61
Cors aux pieds.—Moyens prophylactiques. 72
COSTELLI.—De l'acupuncture. 75
COSTILHES.—Uréthrite chez la femme. 26
Coton cardé comparé à la charpie. 75
COTTEREAU (fils). — Taches d'arsenic et d'antimoine. 116
COURTIN.—Leçons cliniques de M. Ricord. 13, 103, 142, 237
Cristallisation dans les tissus vivants. 165
Croup.—Sulfate de cuivre. 117
CROZANT (De).—Eaux de Pougues. 156
CRUVEILHIER (Service de M.). 3
Cuivre (*Sulfate de*) contre le croup. 117

D.

DANY.—Du calomel à doses réfractées contre la syphilis. 250
DEASE.—Chancre de la bouche. 166
DEBREYNE.—Thérapeutique appliquée. 157
DERMOTT. — Chlorure double mercurio-quinique. 124
DESMARRES.—Opération de la pupille artificielle. 228
DESPORTES.—Discussion sur la peste. 79, 126
DEVERGIE. — Des huiles de cade et de houille. 201
— des enfants. 246
Diarrhée.—Préparations de noyer. 255
Diathèse lithique.—Phosphate d'ammoniaque. 122
Dictionnaire des eaux minérales du Puy-de-Dôme. 115
Douleurs névralgiques de la mamelle. 47
DUBINI.—Chorée électrique. 75
DUBOIS (d'Amiens).—Discussion sur la peste. 35, 257
DUCHESNE-DUPARC. —Examen des doctrines dermatologiques. 198
DUCLOS.—Traité de pathologie externe de M. Vidal. 196
— Calomel à doses fractionnées. 201
DUMAS.—Recherches sur le sang. 39
DUPASQUIER. — Des sels calcaires dans les eaux potables. 160
— Action des vapeurs phosphorées. 172
DUPUIS.—Traitement de la blennorrhagie chronique. 30
DURAND (de Lunel).—Lois synthétiques du mouvement vital. 213
DUVAL (d'Argentan).—Staphylôme. 73
Dysenterie.—Préparations de noyer. 255

E.

Eaux minérales de Loèche-les-Bains. 247
—de Pougues. 156
— du Puy-de-Dôme. 115
— de Saint-Sauveur. 26, 158
— sulfo-iodurées et bromurées. 152
Eaux potables.—Sels calcaires. 160
EBRARD. — Du sulfate de quinine dans la grossesse. 117
Eclampsie.—Accouchement prématuré artificiel. 118
ECZÉMA. — Des huiles de cade et de houille. 201

Electriques (Phénomènes) chez Angélique Cottin. 156
Ellébore noir dans la manie. 206
ELLIS.—Ligature des deux carotides. 33
Emphysème des paupières. 180
Emplâtre contre l'arthralgie chronique. 256
Entérite pseudo-membraneuse. — Nitrate d'argent. 221
Épidémie de suette. 66
Ergot de seigle. 76, 172
— dans la blennorrhagie chronique. 30
Erysipèle de la face.—Angine pseudo-membraneuse consécutive. 134
ESCOLAR.—De l'iritis rhumatismale. 34
Examens dans les Facultés de médecine (Arrêté relatif aux). 214
EYRE.—Du nitrate d'argent. 121

F.

FABAS.—Eaux de Saint-Sauveur. 26, 168
Farcino-morveuse(Affection)chez l'homme. 29, 161
— chez le cheval.—Eaux de Challes. 152
Fer (Tannate de). 121
FÉRON. — Du météorisme dans les fièvres continues. 147
Feu dans les caries dentaires. 204
Fièvres continues (Du météorisme dans les). 147
— *intermittente* (Liniment contre la). 27
— Teinture d'iode. 249
— —*pernicieuse hystérique* (Deux cas de). 160
— *typhoïde.*—Contagion. 17
— — Calomel. 159
Fistules.—Injections iodées. 49, 97
— biliaires artificielles. 39
FLEMING.—De l'aconit-napel. 77
FLEMMING. — Anomalies de la digestion chez l'aliéné. 120
Folie.—Irrigations et bains prolongés. 170
Formuler (Art de) (Traité de l'). 111
Formules anti-épileptiques de Marochetti. 77
FOUCART.—De l'arthrite blennorrhagique. 24
Fracture comminutive. — Résection des fragments. 167
Fractures de jambe et de cuisse.—Appareil. 63
FRAENE (De). —Incontinence d'urine nocturne. 162
FRENCH.—Du tabac contre le prurigo. 34

G.

GAILLARD.—Épidémie de suette miliaire. 66
Galvanisme dans un cas de métrorrhagie. 207
Galvanopuncture dans les anévrysmes. 203
GARCIA ROMERAL. — Kyste hydatique de l'œil. 209
GARREAU.—Sur le cancer. 250
GASTÉ.—Discours de M. Malle à ses obsèques. 216
Gastrotomie fistuleuse; son utilité. 127
GAULTIER DE CLAUBRY.—Discussion sur la peste. 37, 257
— Chimie légale. 64
GEOFFROY-ST.-HILAIRE.—Projet de monument en sa faveur. 171
GERDY (Service de M.). 5, 47
— Perforation artificielle du sinus maxillaire. 7
GIBERT.—Cas de radezyge. 3
— Spécifiques mercuriaux. 169
GIBON.—Calomel dans la fièvre typhoïde. 159
GIEHRL.—Goître sous-sternal. 74
GMELIN.—Des papiers de tenture verts. 73
GODEFROY.—Rétroversion utérine pendant la grossesse. 54
Goître sous-sternal. 74
Gonorrhée.—Traitement. 124
GORRÉ.—Monstruosité. 39
Goudron en fumigations dans la phthisie. 20
GOUTTE.—Saignée dans l'accès. 134
— Phosphate d'ammoniaque. 122
GOZZI.—Ellébore noir dans la manie. 206
GRIS.—Chlorose des végétaux. 81
GRISOLLE.—Traité de pathologie interne. 68
GROSSESSE.—Elle n'est pas une contre-indication au sulfate de quinine. 117
— (Rétroversion utérine pendant la). 54
GUÉPIN.—De la cataracte. 261
GUÉPRATTE.—Médecine navale. 56
GUÉRARD.—Traitement de l'entérite pseudo-membraneuse.—Moyen pour enlever sur la peau le nitrate d'argent. 221
GUILLO.—Corps étrangers dans les tissus du cou. 61
GUILLON.—Coarctation de l'urèthre. 37
GUYON.—Du scélotyrbe. 81

H.

HAESENDONCK.—Accouchement prématuré artificiel. 118
HALLER.—Du caoutchouc dans la phthisie. 124
HAMONT. — Discussion sur la peste. 127, 210, 211, 212
HARDY.—Ergot de seigle. 76
HARDY (A.).—Traité de pathologie interne. 115
HASTINGS.—De l'huile de naphthe. 255
Hémeralopie (Observation d'). 116
Hémoptysie.—Acétate de plomb. 72
Hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde. 245
HENRY. — Appareil pour les fractures de jambe. 63
— Hydropisie abdominale. 63
Histologie.—Planches. 218
Houille (Huile pyrogénée de). 201
HUBERT-VALLEROUX. — Maladies de l'oreille. 7
— Écoulements de l'oreille. 224
Huile de cade dans l'eczéma. 201
— *de foie de morue.*—Sa composition. 30
— *pyrogénée de houille* dans l'eczéma. 201

HUNT.—Chancre de la bouche. 166
Hydrocèle compliquée de testicule tuberculeux.—Injections iodées. 223
— du cordon spermatique. 181
Hydrophobie (Remède contre l'). 32
Hypertrophie du cerveau.—Diagnostic. 253

I.

Incisions sous-cutanées. Elles guérissent une névralgie. 164
Incontinence d'urine.—Acide benzoïque. 162
Iode à l'intérieur et localement. 67
— (*Teinture d'*) contre les fièvres intermittentes rebelles. 249
Iodées (*Injections*).—Leur emploi. 49, 97, 195, 223
—dans les hydrocèles compliquées de testicule tuberculeux. 223
Iodure de potassium.—Sa solution enlève les taches de nitrate d'argent. 221
Iritis rhumatismale.—Belladone. 34
Irrigations dans la folie. 170

J.

JACQUEMIER.—Manuel des accouchements. 199
JAESCHE.—De la chute du rectum. 253
JOBART.—Remède contre le mal de mer. 260
JONGH.—Des huiles de foie de morue. 30
JOSSÉ.—Fracture comminutive; résection des fragments. 167

K.

KEMPT.—Échelle de nutrition d'après l'azote. 163
Kystes.—Injections iodées. 49, 97
— *hydatique de l'œil.*—Opération. 209
— pileux du cul-de-sac ombilical. 194

L.

LABUS.—Albuminurie; acide nitrique. 254
LACHÈZE.—Etiologie de la pellagre. 166
LARUE (De).—Des injections iodées. 195
LAURAND.—Note sur le monésia. 109
LAVORT.—Pathologie générale. 155
LEGENDRE. — Recherches sur quelques maladies de l'enfance. 244
LEGRAND.—Action tonique de l'or. 213
LEGROUX.—Affection saturnine. 259
LERAY. — Terme naturel de l'accouchement. 72
Liniment contre les fièvres intermittentes. 27
LIPPICH.—Emplâtre contre l'arthralgie. 256
Liquides (Parties élémentaires des). 218
Lithérétie. 68
Lobélie enflée contre l'asthme. 31
LOHMANN.—Ophthalmie intermittente. 205
LONDE.—De la peste. 79
LOREAU. — Des boissons abondantes dans l'uréthrite. 169
LORETAN.—Eaux de Loèche-les-Bains. 247
LUGOL.—De l'iode. 69
Luxation du pouce.—Réduction. 49
— *des vertèbres.*—Mort. 204

M.

MACDONALD. — Traitement de la gonorrhée. 124
Magnésie.—Antidote de l'arsenic. 39
Magnétisme minéral. — Action thérapeutique. 31
MAISONNEUVE. — Polype de l'urèthre chez la femme. 158
Mal de mer.—Remède. 260
Maladies de l'oreille.—Classification. 7
— *vénériennes.* — Leçons de M. Ricord. 13, 103, 142, 237
— Calomel à doses réfractées. 250
MALGAIGNE. — Nouvelle amputation du pied. 28
MALLE. — Discours aux obsèques de M. Gasté. 216
Mamelle (Douleurs névralgiques de la). 47
MANDL.—Nouvelle propriété des nerfs. 214
Manie.—Ellébore noir. 206
— Irrigations et bains prolongés. 170
Manuel complet de médecine légale. 64
MARCHANT.—Affection farcino-morveuse. 29, 161
MAROCHETTI.—Remèdes anti-épileptiques. 77
MARTINENQUE.—Choléra. 125
MAUTHNER.—Diagnostic de l'hypertrophie du cerveau. 253
Médecine légale (Manuel complet de). 64
— *navale.*—Vêtements. 56
MEERBECK (Van). — Accouchement prématuré dans l'éclampsie. 118
— De l'avortement provoqué. 162
Mélancolie.—Ellébore noir. 206
MÊLIER.—Discussion sur la peste. 167, 258
Méningo-encéphalite tuberculeuse (Deux formes de). 244
Mercure (*Proto-chlorure de*) dans la fièvre typhoïde. 159
— à doses fractionnées. 201, 250
Mercuriaux (Spécifiques). 169
Métrorrhagie puerpérale.—Galvanisme. 207
MIALHE.—Traité de l'art de formuler. 111
MICKWITZ.—Magnétisme minéral. 31
Migraine (Causes de la). 172
MILLON.—Persistance de l'antimoine dans l'économie. 81
Monésia (Note sur le). 109
Monomanie homicide. 70
Monstruosité. 39
MORAES.—Sel marin dans les ophthalmies. 210
Morphée, maladie endémique au Brésil. 171
Morve aiguë (Observation de). 45
MURO Y ARRIVILLAGA.—Oblitération du vagin après la conception. 208
Muscles (Tumeurs syphilitiques des). 120

N.

Naphtha (*medicinal*) dans la phthisie. 20, 255
Nerveux (*Système*)—Nouvelle propriété. 214
NEUCOURT.—Traitement des verrues. 70
Névralgies.—Incisions sous-cutanées. 164
Nitrate d'argent dans quelques maladies. 121
— dans les entérites pseudo-membraneuses. 221
—(*Taches de*).—Moyens de les enlever. 221
NIVET.—Eaux minérales du Puy-de-Dôme. 115
Noix vomique dans la chorée. 256

O.

O'BRIEN.—Effets des pommes de terre malades. 76
OEuf(*Développement de l'*).—Prix proposé. 171
Ophthalmies.—Sel marin. 210
— intermittente. 205
Or.—Son action tonique. 213
Oreilles (Écoulements des). 224

P.

PALLAS.—Des cors aux pieds. 72
Papiers de tenture verts.—Leurs dangers. 73
PARISET.—Discours sur la peste. 89, 136, 188
PAROLA.—Action du seigle ergoté. 172
Pathologie externe (Traité de). 196
— *générale* (Précis de). 155
— *interne* (Traité de). 68
Paupières.—Emphysème. 180
PAYAN. — Extirpation des phalanges unguéales. 202
Peau (*Maladies de la*).—Spécifiques. 169
Pellagre.—Étiologie. 166
Peste. — Discours et discussions. 35, 37, 38, 78, 79, 80, 89, 125, 126, 136, 167, 168, 169, 188, 210, 257, 259, 260.
PÉTREQUIN. — Anévrysmes ; galvanopuncture. 203
Phosphate d'ammoniaque contre la goutte. 122
Phosphorées (*Vapeurs*).—Action sur l'économie. 172
Phthisie pulmonaire.—Étiologie. 81
— Traitement. 20
— Huile de naphthe. 255
— Pilules de caoutchouc. 124
— Guérison. 128
Pilules de caoutchouc. 124
PIORRY.—Discussion sur la peste. 80
— Fièvre pernicieuse hystérique. 160
POISEUILLE.—Discussion sur la peste. 78
Pollutions nocturnes.—Absinthe. 159
Polype de l'urèthre chez la femme. 168
Pommade ophthalmique. 124
— stibiée mercurielle. 256
Pommes de terre malades.—Accidents. 76
Potion calmante extemporanée. 256
Pougues (Eaux minérales de). 150
Poumon (Quelques maladies du). 245
Prurigo.—Tabac. 34
— *de la vulve*.—Traitement. 43
PRUS. — Rapport sur la peste. 38, 125, 126 168, 169, etc.
PUGLIATTI.—Résolutifs contre la cataracte.
Pupille artificielle (Opération de la). 228

Q.

Quarantaines. (Voy. *Peste*.)
Quinine (*Sulfate de*).—Non contre-indiqué par la grossesse. 117

R.

Radezyge (Cas de). 3
RADFORD. — Galvanisme dans la métrorrhagie. 207
RAFFAELE.—Accouchement prématuré périodique. 254
RAYER (Service de M.). 133
Rectum (*Chute du*).—Acides concentrés. 253
RENDU.—De la morphée. 171
Rétroversion utérine pendant la grossesse. 54
Rhumatisme.—Phosphate d'ammoniaque. 122
— des enveloppes de la moelle. 119
RIBERI.—Coton cardé ; charpie. 75
— Névralgie ; incision sous-cutanée. 164
RICORD.—Maladies vénériennes. 13, 103, 142 237
ROBERT (A). Héméralopie. 116
ROBIN.—Conservation des matières animales. 128
ROCHOUX.—Discussion sur la peste. 35, 126
ROUSSE.—Pollutions nocturnes. 159

S.

Sabine dans la blennorrhagie chronique. 30
Saignée dans les accès de goutte. 134
SALES-GIRONS.—De la phthisie. 20
SALOMON.—Tumeur des muscles. 120
SALSANO.—Traitement du cancer. 31
SANDRAS.—Affections saturnines. 171
SANG.—Recherches. 39
Saturnines (*Affections*).—Thérapeutique. 171
Scammonée (Préparation nouvelle de). 205
— Recherches cliniques. 222
Scarlatine (Complications de la). 246
SCARPA (Antoine). — Hydrocèle du cordon spermatique. 181
Scélotyrbe. 81
SCHERER.—Emploi médical de l'alloxane. 253
SCHLOSSBERGER.—Échelle de nutrition. 163
SCOTTI.—Des préparations de noyer. 255
SÉDILLOT.—Gastrotomie fistuleuse. 127
SÉGUIN.—Fièvres intermittentes rebelles. 249
Sel marin dans les ophthalmies. 210
SEMNOLA.—Cristallisation dans les tissus. 165
SERRÉ.—Caustiques arsenicaux. 251
Sinus maxillaire. — Perforation artificielle. 5
Sirop de tannate de fer. 121
SIRUS-PIRONDI. — Acétate de plomb dans l'hémoptysie. 72

Soie de sanglier dans les tissus du cou. 61
Solides (Parties élémentaires des). 218
Soluté aqueux d'opium et de ciguë. 118
SORRENTINO.—Cristallisation dans les tissus vivants. 165
Spécifiques mercuriaux. 169
Squirrhe. — Extirpation ; poudre arsenicale. 32
Staphylôme de la cornée. 73
STEINBRENNER.—Traité sur la vaccine. 157
Suette miliaire.—Épidémie de Poitiers. 66
— sporadique. 164
Sulfate de cuivre contre le croup. 117
SYPHILIS(Leçons de M.Ricord).13, 103,142,237
— Spécifiques mercuriaux. 169
Syphilitiques (*Tumeurs*) des muscles. 200
— Ulcères anciens. 180
— Végétations. 118

T.

Tabac dans le prurigo. 34
TANCHOU.—Traitement du cancer. 81
— Des phénomènes électriques chez Angélique Cottin. 156
Tannate de fer dans la chlorose. 121
Thérapeutique appliquée de M. Debreyne. 157
THIELMANN.—Préservatif contre les cicatrices de variole. 256
Thyroïde (*Corps*).—De son développement. 133
TOTT.—Lobélie enflée contre l'asthme. 31
Toux nocturne des enfants. 31
Traité de l'art de formuler. 111
— de pathologie externe. 115, 196
— — interne. 68, 115
TROUSSEAU (Service de M.). 45
— Noix vomique contre la chorée. 259
Tumeur du cou.—Acupuncture. 75
— particulière des muscles. 120
— *s* syphilitiques des muscles. 200

U.

UGHETTI.—Eaux de Challes. 152
Ulcères syphilitiques.—Traitement. 180
UNDERWOOD.—Chancre de la bouche. 166
Urèthre (Coarctations de l'). 37
Urèthrite chez la femme. 26
Utérus. — Rétroversion pendant la grossesse. 54

V.

Vaccine (Traité sur la). 157
— *et variole.* — Sur leur développement simultané. 247
Vagin oblitéré après la conception. 208
Variole.—Son influence sur quelques affections chroniques de la peau. 247
— Préservatif contre ses cicatrices. 256
Végétations syphilitiques.—Traitement. 118
Veine jugulaire interne.—Ulcération. 165
VELPEAU (Service clinique de M.). 47, 134, 180
VENOT.—Végétations syphilitiques. 118
Vératrine dans un rhumatisme chronique. 119
Verrues.—Acide acétique. 72
Vêtements des matelots. 56
VIDAL (de Cassis). — Traité de pathologie externe. 115, 196
VIELI.—Hommes saignants. 202
VILLENEUVE. — Accouchement provoqué prématurément. 162
Vulve (Prurigo de la). 34

W.

WALCHNER.—De l'arsenic et du cuivre. 213
WANNER.—Étiologie de la phthisie. 81
WARREN.—Ligature des deux carotides. 207
WIMMER.—Préparation de scammonée. 205

Z.

ZELE (Van).— Hystérotomie abdominale; guérison. 252
ZETTWACH. — Atrophie mésentérique. 244

M. Adolphe MAYER, ventouseur, rue du Bac, 59, a l'honneur de prévenir MM. les docteurs en médecine qu'il s'occupe spécialement de l'application des ventouses, et prend la liberté de se mettre à leur disposition pour l'emploi de sa spécialité dans leur pratique.

Imprimerie de Cosson, rue du Four-Saint-Germain, 47.

JOURNAL

DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

ACCOMPAGNÉ DE DEUX ATLAS,

CONTENANT CHACUN SIX PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE

GRAVÉES SUR ACIER;

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS

J. LEBAUDY, H. GOURAUD, MARTIN-LAUZER.

QUATORZIÈME ANNÉE.

DEUXIÈME SEMESTRE.

On souscrit

AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 30,

A PARIS.

1847.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JANVIER 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique chirurgicale.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

Observation propre à éclairer la question de l'efficacité respective des injections iodées et des injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle.

Peu de maladies sont aussi faciles à guérir que l'hydrocèle ; non-seulement la chirurgie dispose de moyens très variés pour combattre avantageusement cette affection, mais l'art est assez puissant pour en prévenir le retour. L'hydrocèle appartient au petit nombre des maladies dont on peut obtenir la cure radicale. Il aurait semblé qu'en un tel état de progrès la chirurgie eût pu se montrer indifférente sur la recherche de procédés nouveaux et de moyens plus efficaces. Il n'en a pas été ainsi : le besoin du perfectionnement est presque aussi puissant que celui de l'invention. La méthode de traitement par les injections vineuses proposée par Earle, accréditée par l'exemple de Boyer et de Dupuytren, avait été accueillie dans la pratique avec une adhésion générale ; et il était reconnu que les accidents qui suivent quelquefois son application dépendaient plutôt de l'inattention du chirurgien que de la méthode opératoire elle-même. Néanmoins il a paru convenable de rechercher un moyen exempt de tout danger et qui offrît la même sécurité quant aux résultats. M. Velpeau, en proposant de substituer l'injection iodée à l'injection vineuse dans le traitement de l'hydrocèle, a-t-il réalisé l'amélioration désirée ? S'il fallait s'en rapporter aux intéressants débats académiques dont cette question a été le sujet, il y aurait encore des doutes à garder sur l'efficacité respective des deux procédés. Mais n'est-ce pas déjà une sorte de démonstration en faveur de l'iode que le partage des opinions sur la valeur de cet agent thérapeutique comparé au moyen généralement usité ? Si l'on réfléchit à la puissance conservatrice de l'habitude, d'autant plus légitime dans cette circonstance qu'en s'appliquant à l'injection vineuse elle plaidait la cause d'un moyen réellement utile, on reconnaîtra que la préférence déjà accordée à l'iode sur le vin par un grand nombre de praticiens est un argument en faveur de l'innovation. Nous avons, pour notre part, franchement adopté la pratique de M. Velpeau, et cette adoption nous a paru justifiée par un fait très probant qui s'est récemment passé à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. Nous n'hésitons pas à lui donner de la publicité, quoique la presse et les académies aient tellement élargi l'exposition d'un pareil sujet qu'il semble qu'une observation isolée doive se perdre dans les nombreux développements qui s'y rapportent.

Observation. — Hydrocèle double. — Traitement simultané d'une tumeur par l'injection iodée et de l'autre par l'injection vineuse. — Résultats inégaux.

—André Budelot, charretier, âgé de 49 ans, né à Vières (Haute-Marne), est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 23 août 1846.

Cet homme, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution très affaiblie par des travaux pénibles et de longs chagrins, rapporte que jusqu'à l'âge de 18 ans il avait joui d'une santé parfaite, mais qu'à cette époque et à la suite d'un coït suspect, il se manifesta à l'aine droite un bubon qui vint promptement en suppuration. Ce bubon se cicatrisa en peu de temps sans qu'aucun traitement général eût été mis en usage. Après 1830, Budelot se rendit en Afrique, où il a séjourné jusqu'à ce jour. Il y a payé son tribut aux maladies régnantes, éprouvé des privations et subi diverses épreuves pénibles. Il y a deux ans environ que, pendant la convalescence de fièvres intermittentes longtemps combattues par le sulfate de quinine, il s'aperçut d'une tumeur qui se formait sur la partie la plus déclive du scrotum du côté gauche ; mais comme il n'en éprouvait aucune douleur, il n'y porta son attention que lorsque la tumeur eut graduellement augmenté de volume de bas en haut. Une année après et dans des circonstances pareilles, le même phénomène se montra à droite du scrotum. Depuis lors, les deux tumeurs ont augmenté graduellement de bas en haut au point qu'aujourd'hui chacune d'elles, surtout la gauche, surpasse le volume des hydrocèles ordinaires. Voici d'ailleurs l'état dans lequel le malade s'est présenté à notre observation à son arrivée d'Afrique.

Au côté gauche du scrotum existe une tumeur très développée, rénitente, d'une forme globuleuse : le phénomène de la fluctuation est facile à constater. Cette tumeur présente vers sa partie inférieure une espèce de collet

ou rétrécissement circulaire qui la sépare d'une tumeur beaucoup plus petite ayant la forme et le volume d'une grosse noix. En la comprimant de bas en haut on la fait complètement disparaître, et l'on sent qu'un liquide est expulsé de sa cavité pour pénétrer dans la grande. Celle-ci est irréductible, et lorsqu'on la place entre l'œil et une bougie allumée, on constate facilement sa transparence. Du côté désigné, il existe donc une hydrocèle biloculaire : le testicule correspondant est placé à son côté supérieur et postérieur.

Du côté droit du scrotum est une tumeur allongée, rénitente, légèrement étranglée à l'union de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs; elle se prolonge beaucoup plus vers le canal inguinal que la précédente. Le testicule se trouve placé à la partie la plus basse ; son volume est un peu inférieur à celui de la tumeur du côté gauche. Comme celle-ci elle est irréductible et transparente.

Le volume des deux tumeurs réunies égale celui de la tête d'un enfant de deux ans. Le malade est considérablement gêné par leur poids. Le fourreau de la verge est en grande partie absorbé par le développement des tumeurs dont la masse a distendu la peau de toute la région ; un léger sillon médian sépare néanmoins les deux hydrocèles.

Le malade désirant être débarrassé de ces tumeurs, dont le développement était pour lui la mesure de la gravité, et aucune contre-indication n'existant dans ce moment, je me décidai aussitôt à entreprendre leur cure radicale par la méthode des injections. Mais, comme je désirais être éclairé sur la valeur respective du vin et de l'iode, et que je pouvais mettre ces deux substances en usage sans aucun préjudice pour le malade, je résolus d'employer l'injection vineuse pour la tumeur du côté droit et l'injection iodée pour celle du côté gauche. La double opération fut pratiquée le 26 août.

Je commençai par le côté droit, en pratiquant la ponction en avant et en dehors; elle donna issue à 150 grammes environ d'un liquide clair, en tout semblable à celui d'une hydrocèle ordinaire. Deux injections avec du vin rouge du Midi, porté à une température d'environ 38 degrés centigrades, furent faites successivement et prolongées de manière à ce que leur durée totale fût de huit minutes. Pendant l'injection, le malade ressentit une douleur assez pénible, quoique supportable, accompagnée d'un retentissement sympathique dans la région lombaire. Interrogé sur le genre de sensation qu'il éprouvait, il ne sut la définir exactement, et ne put rendre compte que de l'impression que lui faisait subir la chaleur du liquide, en reconnaissant toutefois que la sensation était complexe. Immédiatement après, la tumeur du côté gauche fut ponctionnée à sa partie inférieure et externe; il s'en écoula 200 grammes d'un liquide de même nature, et la poche s'affaissa, y compris la petite tumeur qui était greffée sur elle. J'avais choisi à dessein cette surface séreuse, qui était la plus étendue, pour injecter l'iode, dont le mélange avait été fait dans la proportion d'un quart de teinture de cette substance avec addition d'iodure de potassium et trois quarts d'eau distillée à la température ordinaire. 120 grammes de la solution furent injectés dans la tunique vaginale, laquelle fut malaxée afin que le liquide mis en contact avec tous les points pénétrât dans la poche supplémentaire. Après cinq minutes, l'injection fut retirée par la canule. Le malade n'avait pas éprouvé la plus légère sensation douloureuse ; préoccupé de la facilité avec laquelle des tumeurs dont la nature lui était inconnue avaient disparu, il s'était montré fort gai pendant tout le temps que le liquide injecté avait séjourné dans la tunique vaginale.

Budelot est transporté à son lit immédiatement après l'opération ; on le laisse à la diète, et les premiers soins locaux consistent uniquement à soutenir les bourses au moyen d'un coussinet. Vers la fin de la journée, des compresses trempées dans la teinture d'iode sont appliquées du côté gauche, et des compresses imbibées de vin aromatique sont appliquées du côté droit du scrotum. La journée est bonne. Pendant la nuit du 26 au 27, de la douleur se fait sentir au côté droit, et dès la matinée du 27 il est déjà visible que ce côté est rouge et tuméfié, tandis que le côté gauche à peine gonflé n'est le siége d'aucune sensation morbide.

La journée du 28 est assez pénible pour le malade. La douleur correspondant à l'hydrocèle droite est aiguë ; elle s'accroît par la pression ; elle s'accompagne d'une sensibilité vive dans le trajet du cordon et jusque dans le plexus lombaire. La phlegmasie locale évidemment établie s'élève jusqu'au point d'occasionner de la céphalalgie et de l'élévation dans le pouls. Les fomentations vineuses sont suspendues et remplacées par des applications émollientes. Pendant que ces symptômes inflammatoires se manifestent à droite, la partie gauche du scrotum n'est le siége d'aucune douleur et le gonflement est très modéré.

Le 29, la différence des phénomènes locaux se caractérise davantage. Un développement très inégal différencie les deux moitiés du scrotum. Celui-ci est très tuméfié du côté droit ; la tuméfaction remonte très haut, et le testicule y participe notablement. Du côté gauche, il n'existe que ce gonflement mou et comme œdémateux qui indique l'épanchement de la lymphe plastique dans la tunique vaginale.

Le 30, un amendement se manifeste dans les phénomènes inflammatoires du côté droit; mais la tuméfaction du scrotum et la sensibilité du testicule persistent encore; même état du côté gauche. On suspend tout médicament topique ; quelques aliments sont permis au malade.

Le 31, persistance du même état.

Le 1er septembre, les phénomènes inflammatoires sont très faibles, et il n'existe qu'un gonflement indolent plus prononcé à droite qu'à gauche. On prescrit un laxatif, et des

compresses trempées dans l'eau blanche sont appliquées sur le scrotum.

Le 2, le 3 et le 4, la résolution marche rapidement ; du côté gauche elle est activée par l'administration réitérée des purgatifs et des astringents employés localement.

Le 5, l'hydrocèle gauche traitée par l'injection iodée est complètement guérie ; il n'existe d'engorgement ni au testicule ni à l'épididyme. L'hydrocèle du côté droit, traitée par l'injection vineuse, est seulement en voie de guérison. Il existe encore de la tuméfaction dans le scrotum ; le testicule est un peu douloureux et gonflé ; l'épididyme est induré et le cordon est sensible, sous la forme d'une corde ayant un relief assez prononcé. Néanmoins, le malade se trouve assez bien pour vouloir quitter l'hôpital. Le lendemain, on cède à ses instances et on signe son billet de sortie.

— En recherchant dans ce fait les inductions qu'il peut fournir, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est de nature à dissiper les incertitudes qui pourraient exister concernant l'efficacité respective des injections iodées et des injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle. La question n'étant pas de savoir lequel des deux moyens est exclusivement utile, mais lequel est le meilleur, on arrive sans effort et sans torturer aucun détail à la solution de cette question que le fait qui précède semble spécialement appelé à éclaircir.

La circonstance d'une hydrocèle double dont chaque moitié s'était développée sous l'influence d'une même cause, l'existence de deux tumeurs ayant affecté chacune la même marche, arrivées à un développement à peu près égal, exemptes de complications générales et locales, et ne différant l'une de l'autre que par des accidents insignifiants de forme ou de volume; de telles conditions, disons-nous, devaient inspirer la pensée de profiter d'un cas si favorable pour dissiper les doutes relatifs à la valeur de deux moyens rivaux en thérapeutique chirurgicale. En opérant les deux tumeurs à la fois, nous n'avions pas la crainte, insinuée par quelques opérateurs, d'enflammer une étendue de surfaces séreuses assez grande pour réagir fâcheusement sur l'ensemble de l'économie. Les sympathies morbides de la tunique vaginale sont fort restreintes, et les deux tumeurs réunies, quoique représentant un volume considérable, ne nous donnaient pas lieu de redouter une inflammation trop intense. Il est d'expérience, en effet, que l'inflammation au degré plastique, telle que celle que l'on provoque dans l'opération de l'hydrocèle, est loin d'exposer aux mêmes réactions que l'inflammation au degré pyogénique. Nous pouvions donc sans inconvénient opérer les deux tumeurs à la fois, le même jour, et suivre ainsi, détail par détail et moment par moment, les deux moyens mis en comparaison probatoire.

En ce qui concerne l'exécution de l'opération, on a pu remarquer que la douleur produite par l'injection vineuse a été plus forte que celle qu'a déterminée l'injection iodée, ou plutôt celle-ci a été nulle, tandis que la première a provoqué cette sensation pénible qui se produit dans les nerfs du cordon et ceux du plexus lombaire, et que les partisans de l'injection vineuse considèrent comme un signe de l'efficacité ultérieure de l'opération. Le parallèle de la douleur produite dans les deux cas est important dans le fait qui précède, puisqu'ici il s'agit d'un même sujet, d'une opération faite dans des conditions identiques, et qu'en conséquence on ne saurait invoquer l'influence des différentes dispositions dans les individus pour expliquer les effets variables des moyens auxquels ils sont soumis. La tolérance complète du malade pour l'injection iodée, mise en regard de l'impression douloureuse produite par le vin, est d'autant plus digne d'être remarquée que l'injection iodée a été portée avec intention sur la surface séreuse la plus étendue, et que c'est par elle que l'opération a été terminée, c'est-à-dire à un moment où la sensibilité du malade déjà mise en émoi pouvait être plus facilement sollicitée, si le liquide employé eût possédé réellement des qualités aussi excitantes que le vin.

Quant à la durée de l'opération, le temps consacré à l'injection de l'hydrocèle du côté droit a été nécessairement plus long que celui qui a été nécessaire pour la même opération du côté gauche, puisque dans ce dernier cas une seule injection a suffi, et qu'il a fallu en exécuter deux pour obtenir à l'aide du vin l'excitation démontrée nécessaire par la pratique. Une seule injection vineuse pourrait rigoureusement suffire ; mais elle échoue souvent, tandis que l'excitation déterminée par l'injection iodée n'échoue presque jamais, bien qu'elle soit moins forte. Ce résultat tient à la différence d'action qui rend la teinture d'iode préférable au vin. Lorsqu'on met en usage celui-ci, tous les éléments tendent à développer l'inflammation plastique, depuis l'alcool jusqu'au tannin et à la matière colorante ; il faut même élever sa température pour le rendre plus excitant. Dans l'injection iodée, l'alcool de la teinture d'iode agit seul pour amener l'exsudation plastique, et l'iode exerce une action locale qui réveille la tonicité des vaisseaux absorbants, rend plus prompte la résorption des épanchements et agit même comme résolutif sur le testicule et ses dépendances lorsque ces organes sont engorgés.

En ce qui concerne les suites de l'opération, le fait qui précède a établi manifestement la prédominance du développement inflammatoire du côté de l'injection vineuse. Cette phlegmasie locale a retenti assez énergiquement dans l'organisme pour allumer un état fébrile, tandis que du côté gauche tout se passait avec calme, sans douleur, et consistait uniquement dans le gonflement dû à l'épanchement plastique de la tunique vaginale. On aura également remarqué la durée des symptômes locaux, la participation du testicule et du cordon à l'inflammation du côté droit, tandis que du côté gauche la phlegmasie de

la tunique vaginale était à son *minimum* d'intensité et d'irradiation.

Nous ne voulons pas pousser les conclusions à déduire de ce fait au delà de sa signification réelle et prendre texte de sa narration pour traiter de nouveau sous ses divers aspects la question de la cure de l'hydrocèle par la méthode de l'injection. Ainsi, l'action que le vin et l'iode produisent pourrait être étudiée dans ses rapports avec certains accidents consécutifs à l'opération, tels que l'extravasation du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, avec la récidive de la maladie, etc.; mais ces circonstances ne s'étant pas présentées dans le cas que nous avons narré, nous nous hâtons de terminer les réflexions qu'il nous a suggérées en les résumant dans ce corollaire dont il est la source et la preuve :

L'injection iodée, appliquée au traitement de l'hydrocèle, guérit plus vite, avec moins de douleur et avec autant de sécurité que l'injection vineuse.

BOUISSON,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Montpellier, 8 décembre 1846.

II. Clinique médicale.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉRARD.

Empoisonnement par le sulfate de cuivre; guérison à l'aide d'une médication stimulante.

Dans notre numéro de novembre 1845, nous avons donné la traduction d'un mémoire publié en italien par le docteur Barzilai, et ayant pour titre : *Remarques sur quelques cas d'empoisonnement guéris d'après la méthode italienne.* On sait que les médecins qui ont adopté la nouvelle doctrine italienne reprochent aux toxicologistes français de ne voir dans les empoisonnements que l'action locale, et de se borner dès lors à faire une sorte de médication toute topique et consistant en évacuants et en prétendus contre-poisons. Les principes de la toxicologie italienne prescrivent bien, il est vrai, de débarrasser avant tout l'estomac du résidu vénéneux par la voie la plus courte, s'il en est temps encore; mais elle recommande particulièrement de tenir compte de l'état dynamique, c'est-à-dire de venir en aide aux forces vitales par l'administration des stimulants si ces forces sont en défaillance, ou bien par les contre-stimulants si l'empoisonnement a eu lieu par des substances d'action tout opposée.

Ces préceptes, au premier coup d'œil, paraissent bien rationnels et bien clairs; mais, pour ceux qui n'ont pas fait une étude spéciale de l'action des médicaments et des poisons d'après les auteurs italiens, ils sont presque inapplicables, ces auteurs ayant des idées à peu près diamétralement opposées aux nôtres sur la plupart des agents médicamenteux et toxiques. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer ces idées avec détail. Quelques mots cependant sont nécessaires pour faire comprendre sur quelle base est fondée leur thérapeutique des empoisonnements, thérapeutique qui compte déjà des succès assez nombreux, entre autres un très récent qui fait l'objet particulier de cet article.

Les médecins italiens n'admettent qu'un bien petit nombre d'agents stimulants. Ils les désignent sous le nom d'hypersthénisants; la liste en est si courte que nous pouvons la donner ici presque tout entière; ce sont : l'ammoniaque et le sesquicarbonate de cette base, l'éther, les opiacés, les alcooliques, les huiles essentielles, la cannelle, le girofle, la noix muscade. Ces médicaments et ceux d'entre eux qui sont des poisons n'ont pas une action tout-à-fait identique. Ainsi chacun d'eux exerce une action plus spéciale sur un appareil que sur un autre : c'est ce que les Italiens désignent sous le nom d'action élective. Ainsi l'ammoniaque est un hypersthénisant cardiaco-vasculaire, l'éther un hypersthénisant vasculo-cardiaque, l'opium un hypersthénisant céphalique, l'alcool un hypersthénisant rachidien; enfin les huiles essentielles, la cannelle, le girofle, la noix muscade, sont des hypersthénisants gastro-entériques.

La classe des hyposthénisants est bien autrement nombreuse. On y voit rangées, nous ne dirons pas pêle-mêle, car ici encore les Italiens établissent des divisions d'après l'action élective, mais du moins de compagnie, des substances qui d'après nos idées n'ont aucune ressemblance. Ainsi la menthe, la camomille, la sauge, sont des hyposthénisants, comme aussi la belladone, l'acide prussique, la digitale, l'ergot de seigle, le sulfate de quinine, le carbonate de fer, etc..., le tout au grand scandale des médecins français. Nous n'avons pas à discuter la valeur de cette doctrine; nous dirons seulement qu'elle ne mérite pas le dédain que beaucoup de médecins lui appliquent en masse. Des essais tentés dans les hôpitaux de Paris et sur lesquels nous aurons occasion de revenir parlent déjà en faveur de quelques points pratiques des doctrines d'Italie, sauf toutefois les explications théoriques sur lesquelles on fait tout naturellement ses réserves.

Pour en revenir aux principes toxicologiques de l'école italienne, on conçoit aisément qu'ils ne sont autres que les précédents. Les poisons stimulants se réduisent à peu près à l'opium. Presque tous les autres sont pour les Italiens des agents hyposthénisants, au moins dans leur action dynamique, et doivent comme tels être combattus par les médicaments pris dans la classe des stimulants que nous avons énumérés plus haut. Les cas d'empoisonnements traités avec succès par la méthode italienne, dont nous avons rapporté les observations dans notre numéro de novembre 1845, étaient des empoisonnements par l'arsenic, par le sulfate de cuivre et par les cantharides. Le cas suivant, que nous avons vu dans le service de M. Guérard, est encore un empoison-

nement par le sulfate de cuivre. Nous en donnons les principaux détails d'après la rédaction de l'interne faite sous les yeux de M. Guérard et communiquée aux *Annales de thérapeutique* (n° de novembre). On y verra que les émollients et les antiphlogistiques, employés pendant trente heures, n'avaient pas amendé les symptômes, si même ils n'avaient contribué à les empirer, tandis qu'ils cédèrent rapidement au traitement stimulant prescrit ensuite par le médecin de l'Hôtel-Dieu.

Obs. Le 3 septembre 1846, une femme de 36 ans, lingère, petite, maigre et tuberculeuse, voulant mettre fin à ses jours par suite de contrariétés de ménage, prit, vers midi, pendant que son mari avait le dos tourné, 20 grammes environ de sulfate de cuivre dans un verre d'eau. Le poison n'était pas complètement dissous, de sorte que dans les mouvements de déglutition une partie s'engagea dans la partie postérieure des fosses nasales tandis qu'une autre encombra la cavité buccale. La malade fut bientôt prise d'efforts d'expuition et de douleurs tensives dans la bouche, ainsi qu'au pharynx, à la racine du nez et à l'estomac; des vomissements eurent lieu. Un médecin qui arriva un quart d'heure après trouva la malade pâle, couverte d'une sueur froide, faisant des efforts violents d'expuition alternant avec des vomissements, et en proie à des faiblesses fréquentes. Il fit prendre une douzaine d'œufs, du lait, une décoction de graine de lin; la luette fut titillée avec les barbes d'une plume, ce qui provoqua des vomissements abondants, accompagnés de selles copieuses. Le froid, le frisson et la sueur se succédèrent rapidement (lavement, cataplasme sur le ventre, sinapismes). — La malade fut transportée à l'Hôtel-Dieu dans le courant du reste de la journée; là, on lui prescrivit cataplasme sur le ventre, lavement purgatif et potion calmante. La nuit, il y a de l'agitation, soubresauts et tremblements dans les membres, selles copieuses, sueurs abondantes, froid très vif aux pieds, sommeil léger et souvent interrompu par des douleurs et des embarras à l'estomac.

4 septembre au matin. Violente céphalalgie frontale, douleur vive et tensive à la racine du nez; chaleur âcre et mordicante à la bouche et à la gorge; langue petite, blanche et râpeuse; voix voilée. Derrière le sternum, douleurs et déchirements s'irradiant dans différents points de la poitrine. Estomac plutôt tendu et embarrassé que douloureux, abdomen à peine développé et douloureux. Encore quelques nausées; mais plus de vomissements depuis 5 heures du matin. Crispation nerveuse aux jambes et soubresauts. Figure pâle, traits tirés, yeux caves et enfoncés. Pouls petit, dur, battant huit à neuf fois par minute. 48 à 50 respirations, anxieuses et entrecoupées. (Gomme, sirop de gomme, 2 pots; lavement simple; cataplasme sur l'estomac, *bis*; gargarisme de guimauve.)

5 heures du soir. Agitation très grande; mêmes douleurs aux points indiqués plus haut; figure grippée. Pouls petit et mou, marquant 104. Respiration toujours très fréquente et très anxieuse. Pas de coliques ni de selles; pas d'urines depuis 12 heures. L'état paraissant alarmant, on prescrit la potion suivante :

Vin rouge	125 grammes
Teinture de cannelle	8 —
Sirop de sucre	20 —

8 heures et demie. La malade est très bien et a déjà pu reposer. Sueurs générales. Plus de soubresauts. Pouls à 92, mieux rempli que le matin. Les respirations sont descendues de 50 à 30. Il y a eu une selle, et la malade a commencé à uriner. Douleurs de la tête et du nez diminuées. Plus de sensation de brûlure à l'estomac. La sensation de chaleur derrière le sternum existe encore, mais à un moindre degré. Langue encore blanche, mais plus humide; la bouche est également moins sèche et moins douloureuse. La malade n'a cependant pas pris toute sa potion.

5 au matin. Amélioration marquée; toutefois, l'évacuation de l'urine a été peu abondante et n'a eu lieu qu'avec les selles; la respiration s'élève encore à 34 ou 36, le pouls à 104, développé; la malade se plaint de coliques dans le bas-ventre. (Gomme, sirop de gomme 2 pots; potion avec le vin et la cannelle aux mêmes doses que la veille; magnésie en poudre 120 gr., en quatre lavements.) — Le soir, l'amélioration a progressé; la malade a uriné abondamment deux fois et a eu deux selles, trois des lavements qui ont été pris ont diminué les coliques, mais le ventre est toujours un peu rétracté, il existe toujours une sensation chaude et douloureuse à l'épigastre; la figure est plus naturelle quoique un peu animée; la chaleur générale est plus forte que le matin; le pouls est fort et plus vibrant, à 94-96; la respiration reste toujours fréquente, 38-40. (Nouvelle potion stimulante au vin et à la cannelle pour la soirée et la nuit.)

6 au matin. Progrès lents mais sensibles dans l'amélioration; respiration moins fréquente et moins embarrassée que la veille, pouls plus plein et un peu moins fréquent, 84-86; la figure reprend son expression naturelle, les yeux semblent sortir du fond des orbites; plus de coliques, de rétraction de l'abdomen ni de céphalalgie, mais la sensation de douleur persiste derrière le sternum et à l'épigastre; il y a parfois encore des soubresauts dans les muscles. (Gomme, sirop de gomme; potion avec le vin et la cannelle; lavement simple; bouillon.) — Le soir, la malade est beaucoup mieux, le pouls est normal; la respiration reste toujours fréquente et gênée, mais il faut tenir compte des tubercules pulmonaires qui sont au sommet des deux poumons; encore un peu de chaleur derrière le sternum; la bouche est toujours un peu pâteuse et la langue un peu blanche; ventre à peine douloureux; trois selles copieuses, urines abondantes; plus d'agitation, de tremblements ni de soubresauts des tendons; chaleur

à peu près normale, sueur générale légère. (Potion avec le vin et la cannelle pour la soirée et pour la nuit.)

7 au matin. Les règles ont paru cette nuit et amené avec elles des douleurs lombaires et des douleurs de ventre ; il y a eu 7 ou 8 selles dans la nuit; les urines sont fréquentes et abondantes; langue encore un peu blanche à son milieu, mais humide ; la bouche n'est plus pâteuse; chaleur normale, légèrement halitueuse, pouls normal; respiration toujours un peu fréquente, toux quinteuse, douleurs vagues dans la poitrine, appétit en partie revenu. (Gomme, sirop de gomme ; potion pour toute la journée avec vin rouge 250 grammes, teinture de cannelle 12 grammes ; lavement laudanisé ; bouillon et potage.)

8. Les douleurs lombaires existent à peine; les coliques ont cessé, le pouls est le même ; symptômes thoraciques à peu près les mêmes ; sommeil et appétit bons. (Même prescription: bouillon, potage, un œuf et du poulet. La malade reste levée quatre heures.)

9. Mieux soutenu et progressif. On réduit dans la potion stimulante la cannelle à 8 grammes et le vin à 125 ; deux potages et une portion. La potion est supprimée le 12 septembre ; mais la malade reste encore jusqu'au 18 septembre, probablement en grande partie pour son affection thoracique, et sort alors parfaitement rétablie.

Dans le cas analogue du docteur Barzilai (*voyez* novembre 1845), l'empoisonnement, d'ailleurs plus grave, avait été combattu également avec un succès rapide par l'eau de cannelle et par les opiacés (teinture d'opium, sirop de morphine, lavements laudanisés). On sait que les Italiens rangent l'opium parmi les stimulants (*opium me herclè non sedat*).

Voilà donc les stimulants employés avec avantage dans trois espèces d'empoisonnement que l'on traiterait ici par les antiphlogistiques plus ou moins énergiques : les empoisonnements par le sulfate de cuivre, par l'arsenic et par les cantharides. Réussirait-on également par la même méthode dans la plupart des autres empoisonnements ? Nous pensons qu'il en faut exclure ceux par les caustiques qui produisent une désorganisation des parties incompatible avec le maintien de la vie. Quant à ce qui concerne ceux où l'effet est principalement dynamique, les faits précédents encouragent à substituer, au moins à titre d'essai, la médication qui a fourni ces succès, à une méthode jusqu'ici peu brillante dans ses résultats.

Hygiène publique.

III. Discours de M. Pariset sur la peste et les quarantaines (fin) (1).

Un foyer de peste une fois formé, la peste peut-elle en sortir pour se répandre au dehors ? J'avoue qu'après tant et de si éclatants exemples, après les effroyables désordres qu'ont essuyés tant de nations diverses, et lorsque de toutes les contrées de l'Europe, Russie, Pologne, Allemagne, Suède, Danemarck, Angleterre, France, Italie, Espagne, depuis Gibraltar jusqu'à Smyrne, Constantinople, Alep et Damas, des cris de contagion se sont élevés pendant tant de siècles, et s'élèvent encore de nos jours, je ne puis concevoir qu'on ait l'indigne courage de mettre en doute la fatale propriété qu'ont certaines maladies de se transmettre et de se multiplier, en se communiquant de l'homme qui l'a à celui qui ne l'a pas, du peuple qui l'a au peuple qui ne l'a pas. Quoi qu'en aient dit une poignée d'hommes qui ont voulu se singulariser par des paradoxes, ou céder, comme Stoll, à des complaisances, ou à je ne sais quels intérêts, la peste, ainsi que la variole, fait partie de ces redoutables maladies. La peste est communicable, transmissible, contagieuse : trois expressions identiques, ce me semble, pour qui dédaigne les vaines arguties et les vaines disputes de mots. Elle se communique par tous les intermédiaires imaginables : tout ce qui sort d'un pestiféré, même l'air qu'il respire, à plus forte raison le sang d'une hémorrhagie, le sang des règles, l'ichor, le pus, les sueurs, les selles, les urines, les mucosités, les crachats, toutes ces matières donnent la peste, dit le docteur Leukias, en cela d'accord avec Lobb, qui considère chaque pestiféré comme un foyer d'émanations pestilentielles. Vous comprenez que parmi ces moyens de transmission je range le contact immédiat, dont certains hommes ne veulent pas ; et pour ne pas parler de ma propre expérience qui m'autoriserait à proférer ces paroles, j'ai pour moi l'expérience de Diemerbroëck, de Lauge, de Samoïlowits, de Mertens, etc., et surtout celle de Klint. Voyez un des recueils de Baldinger : Klint vous y dira qu'il a traité dix mille pestiférés, et qu'il n'a jamais vu la peste passer d'un homme à un autre si ce n'est par le contact immédiat. Supposez maintenant que pour un autre observateur le contact immédiat n'ait pas toujours eu de si fâcheux résultats ; placés comme vous l'êtes entre deux autorités en apparence contraires, de quel droit rejetterez-vous l'une pour adopter l'autre ? Et supposé qu'il y ait vérité des deux parts, est-il donc si difficile de concilier ces contraires que j'ai dit tout à l'heure n'être qu'apparents ? Dans les régions chaudes, les émanations des pestiférés raréfiées par la température ou déplacées par les courants d'air, sont moins denses et par conséquent moins actives ; le toucher immédiat n'en ferait recevoir qu'une petite quantité. Dans les régions froides, ces émanations seront plus denses, et le contact n'en sera que plus dangereux ; et l'inverse. Dans le Midi, les émanations épanouies par la chaleur, et accumulées dans une chambre étroite et close, pénétreront plus profondément, sinon par le toucher, du moins par les poumons d'un homme sain ; au lieu que, dans le Nord, ces émanations retenues à pe-

(1) Voir les numéros de septembre, octobre et novembre.

tite distance autour du malade permettront à l'homme sain de respirer impunément l'air dont le malade est environné. Je suppose que cet air n'est point raréfié lui-même par une chaleur artificielle. J'ajoute que l'état des vaisseaux absorbants n'est pas le même chez tous les hommes. Il est des peaux, il est des poumons, comme le dit Sanctorius, d'un tissu plus ou moins serré, d'un tissu plus ou moins perméable. Je n'insiste pas sur ces variétés, qui font si prodigieusement varier nos aptitudes. Toutefois voulez-vous quelques exemples de l'extrême danger des contacts? A Salonique, dans la peste de 1816, une pauvre tchinguène (c'est-à-dire une pauvre bohémienne pestiférée) était gisante en pleine rue. Des janissaires se jouaient de ses souffrances. Cependant, touché de pitié, l'un d'eux la prend sous les aisselles, la soulève et l'appuie contre un mur. Le soir ce janissaire était mort. Mais, dira peut-être un esprit pointilleux, le janissaire n'a point touché la malade, il n'a touché que ses vêtements. Fort bien, mais d'où venait à ces vêtements le poison qu'ils recélaient? Ce poison était-il autre chose que les émanations de la malade, émanations plus concentrées dans les vêtements et par conséquent plus dangereuses? Autre exemple. A Constantinople, en 1812, les chefs de la Monnaie, riches Arméniens catholiques, se tenaient renfermés. Des khavas, ou, si vous le voulez, des gendarmes du grand-visir, forcent la porte de leur maison. L'approche de ces hommes donne la peste au portier et à l'un de ses enfants. En sortant de la maison un de ces khavas chancelle et tombe mort sur le trottoir. Que les faits de cette nature sont loin de nos habitudes, et que nous avons peine à les croire! mais qu'ils sont fréquents dans tout l'Orient et qu'ils y impriment de terreur! Au reste, messieurs, dans ces médecins de l'Égypte qui s'attachent à persuader que la peste n'est pas contagieuse, que de contradictions, ou plutôt que de non-sens! « Ne vous tenez pas trop longtemps dans la » chambre d'un pestiféré », vous disent-ils.— Et pourquoi cela, je vous prie? — Parce que vous pourriez contracter la peste. — Et comment contracte-t-on une maladie qui ne se contracte pas? —Vous la contracteriez par infection; l'air est infecté.—Infecté? Et par quoi l'est-il? par le plancher, les meubles, les murailles? — Non; il l'est par les émanations du malade.—Ce sont donc ces émanations qui me donneront la peste? — Oui, sans doute. — Et que m'importe de recevoir ces émanations à distance, ou de les recevoir à la sortie du pestiféré?—Mais à cette sortie elles n'ont rien de dangereux. — Elles sont donc à zéro? Mais comment des zéro en se multipliant à l'infini prendront-ils une valeur quelconque? Voilà à quoi se réduit cette fameuse théorie de l'infection. Le rapport appelle cela une découverte et un bienfait; ce n'est malheureusement ni l'un ni l'autre. Ce sont de pures paroles, *verba et voces*. Le fond reste le même: un malade, des émanations, un homme sain qui, en les inspirant, devient malade comme le premier. Qu'y a-t-il de nouveau dans tout cela pour constituer une découverte? Et s'il y a là quelque chose de vrai, en quoi ce vrai diffère-t-il de tout ce que l'on connaît depuis trois siècles? D'un autre côté, si j'en crois ce que j'entends dire, voilà les médecins de l'Égypte qui se mettent à l'œuvre et commencent à faire ce qu'on a fait avec tant de bonheur à Constantinople. Ils séparent, ils isolent les malades, et par conséquent ils empêchent les rapprochements, les communications, les contacts. Mais à quoi bon, je vous prie, puisqu'un homme affecté d'une maladie qui ne se transmet pas n'a pas plus d'action sur un malade voisin que sur l'homme sain dont il reçoit la visite? N'est-il pas plus naturel, comme le veut Lobb, de voir dans un seul pestiféré un foyer d'une action faible et limitée, mais réelle; au lieu que par l'accession de vingt, cinquante, cent autres malades, cette action s'accroît, non dans des proportions arithmétiques ou géométriques, mais dans des proportions infiniment supérieures et encore inconnues? Que se passe-t-il là? N'y a-t-il pas là une ultra-physique, une ultra-chimie, une ultra-médecine bien digne d'être étudiée, si jamais elle peut l'être? Mais l'excessive division de ces matières y mettra sans doute un obstacle éternel. Enfin, messieurs, vous le savez, le fait le plus simple relatif à la peste peut conduire à plusieurs conséquences; et de tous ceux que j'ai rappelés dans la séance précédente, peut-être n'en est-il pas un seul qui n'ait rendu palpable la transmission ou la contagion de cette cruelle maladie. Mais il est d'autres considérations qui rendront encore cette vérité plus sensible.

A l'égard de ceux qui sont épargnés dans les grandes pestes, et dont l'immunité donne des arguments contre la contagion, j'ai deux remarques à faire: la première, que ces arguments n'ont qu'une valeur précaire; car il est tel homme qui, après avoir impunément traversé dix, douze, quinze grandes pestes, succombe à la seizième, soit que les aptitudes qui le préservaient n'existent plus, soit que les miasmes aient plus d'énergie, soit par ces deux raisons à la fois; témoin ce généreux missionnaire qui, après dix-neuf pestes, n'a vu la vingtième que pour en mourir. La seconde remarque, c'est que dans les grandes épidémies personne ne peut se vanter d'y échapper. Le miasme peut être reçu; il peut rester silencieux dans l'économie, se dissiper par les sueurs et les selles, deux genres de crises dont j'ai beaucoup d'exemples; il peut se décomposer en partie par toutes les voies excrétionnelles, et mêler enfin ses restes à des maladies subséquentes d'une tout autre nature, et leur imprimer quelque chose de pestilentiel, comme l'a vu et comme le dit si nettement Sydenham, comme l'a vu sans doute De Haën, comme l'insinue Waldschmitd, et comme il peut arriver dans les villes du bas Danube et dans celle d'Erzeroum. Est-il nécessaire pour appuyer ces vues de rappeler ce qu'on observe dans la rage, la syphilis, la fièvre jaune, le choléra, le bouton d'Alep? Et ne

seraient-ce pas les hommes ainsi disposés qui donneraient la peste sans l'avoir eux-mêmes, ou du moins sans l'avoir en apparence? Enfin, Chenot pense que le miasme reçu dans notre intérieur peut se décomposer et s'assimiler à nos organes, sans produire aucun trouble. Mais on peut le reprendre encore et mourir.

Je poursuis. Après le contact avec les malades, je pourrais même dire bien au-dessus de ce contact, les intermédiaires de transmission les plus dangereux sont les effets usuels que le pestiféré laisse après lui, et qui, non lavés, non ventilés, sont immédiatement repliés sur eux-mêmes, et renfermés dans une malle, dans une caisse, dans une boîte. Là s'opèrent entre les miasmes les plus mortelles combinaisons. Malheur à qui fera l'ouverture de cette malle, de cette caisse, de cette boîte: c'est la boîte de Pandore, le plus souvent sans l'espérance. Sur ce que je dis à cet égard, on a des témoignages multipliés et authentiques. Mais que me servirait de faire paraître au milieu de vous vingt observateurs éclairés et fidèles, entre autres quelques-uns même du dernier siècle, Erudtel, Stocker, Chenot, Russell, Lauge, Des Genettes, eux dont M. le rapporteur a rejeté si cavalièrement l'expérience; comme si la rejeter était l'anéantir! Que me servirait de leur faire déclarer devant vous que la peste se communique par les effets des pestiférés; que des pestes éteintes depuis six mois, depuis un an, depuis trente-trois ans, se sont rallumées par des linges infectés, par les vêtements d'une famille serrés dans un coffret, et tirés imprudemment de leur cachette? Cette expérience faite ou plutôt recueillie dans des localités et à des époques si diverses, cette expérience si multiple et pourtant si univoque est sacrifiée à quoi? à une expérience d'un jour et d'un lieu, et encore démentie par une expérience toute voisine! Cependant quoi de plus positif que Russell? Selon lui, la peste d'Alep n'a souvent d'autre origine que des vêtements achetés en Egypte, portés à Byas, vendus aux montagnards du voisinage, lesquels ne les prennent que dans le temps de la moisson, lorsqu'ils viennent la faire dans les environs d'Alep. Mercurialis lui-même, si faussement cité par M. le rapporteur, Mercurialis ne veut pas que les villes soient ouvertes aux choses, non plus qu'aux personnes qui viennent de lieux infectés. A l'entendre, les pauvres guéris qui rentrent dans la ville avec leurs haillons y font rentrer avec ces haillons de nouveaux germes de peste. C'est ce que Boccace avait vu. Mais n'est-ce pas ce qu'on voit dans le typhus et la variole? ce qu'on a vu dans le choléra de l'Ile-de-France et de la ville de Charmes? ce qu'on a vu si souvent dans la fièvre jaune d'Espagne? Que de fois les dépouilles des Turcs ont été fatales à leurs vainqueurs, allemands et russes! Et pourra-t-on jamais oublier tout ce qu'ont coûté à l'Europe et les chances de la guerre, et la piraterie, et la contrebande, et le brocantage des juifs? Vieilleries que tout cela! s'écrie-t-on: comme s'il y avait prescription pour la vérité! comme si ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera pas dans mille ans, et toujours! Est-ce que les 145 années qui viennent de se passer ont effacé de la mémoire des hommes les récits de Lemoine et Bailly, de Blanquet, de Rochevalier, de Couzier, sur les pestes d'Alais, de Corréjac, de la Canourgue et de Marvéjols? « Depuis deux années que je suis attaché dans le Gévaudan au service des pestiférés, dit Blanquet, je n'ai vu personne contracter la peste qu'après avoir communiqué avec ceux qui l'avaient, ou s'être servi des habillements et des hardes de ceux qui avaient péri. » Le vénérable don Raphaël Cubié me disait au Caire qu'à Damas, sa ville natale, en temps de peste, une femme perdit son mari le jour de Pâques. Pour prendre des vêtements de deuil, elle quitte ceux qu'elle avait, les ploie et les met dans un tiroir. Le jour de Pâques suivant, elle quitte ses vêtements de deuil et reprend ceux qu'elle avait l'année précédente à pareil jour. Oui; mais, en les prenant, elle prend la peste et meurt. Quelque chose de semblable est arrivé il y a 16 à 17 ans dans un couvent de Saint-Jean d'Acre que j'ai habité. Rien de mieux avéré qu'un pareil fait. L'historien des croisades, M. Michaud, l'a constaté sur les lieux, et me l'a confirmé depuis de vive voix (1). Au Caire, et sur les raisons les plus frivoles, on le travestit en fable; on travestit presque en fable, à Paris, un fait analogue arrivé à Beyrout, et consigné dans le rapport d'un consul de France. Quoi donc! au Caire, à Paris, sait-on mieux ce qui se passe à Saint-Jean d'Acre et à Beyrout, que des témoins oculaires et officiels qui sont à Beyrout et à Saint-Jean d'Acre? Vous-mêmes n'avez-vous pas dit que la première étincelle de la peste de 1835 sortit d'une caisse transportée de Jérusalem en Égypte, et ouverte dans un couvent d'Alexandrie? Ce fait avoué, pourquoi se montrer si difficile pour celui de Saint-Jean d'Acre? Mais ce qu'on a dit, on le perd de vue; et ce dont on ne peut refuser les conséquences, on le nie; ne voyant pas qu'on autorise à rétorquer. Dans deux ou trois de vos séances, Des Genettes a raconté qu'un mouchoir de cou laissé par un pestiféré avait donné une peste mortelle à dix soldats qui l'avaient pris l'un après l'autre. Ce fait, qui rappelle la pelisse de Fracastor et le doliman de Constantinople, n'a pas été admis par votre commission. Pourquoi? parce qu'il manque, a-t-on dit, d'authenticité. Mais quelle authenticité vous faut-il, si la parole de Des Genettes n'en a pas? Tout, dans cette question, repose sur des témoignages; et si vous demandez une garantie pour un premier témoignage, il vous faudra une garantie pour cette première garantie; ainsi de suite, à l'infini. Il est des

(1) Un voyageur anglais, auteur d'un excellent ouvrage sur la Palestine et la Syrie, M. Robinson, venait de quitter le couvent de Saint-Jean-d'Acre, lorsque l'accident eut lieu. Il en fut informé presque aussitôt, car en Orient ces nouvelles vont très vite. C'est ce que M. Robinson m'a fait l'honneur de me dire il y a deux jours.

choses qui ne se prouvent jamais, et qu'il faut recevoir sur la foi publique, et même sur la foi d'un seul témoin, quand ce témoin ne peut être suspect; et, par exemple, quand Orræus me dit qu'un soldat russe ayant vendu à un juif une fourrure qu'il avait prise sur un Turc, ce juif y prit la peste et mourut avec ses deux enfants, aurai-je l'insolence de dire à Orræus qu'il en a menti? Quand il me dit qu'en recevant d'un bohémien une petite pièce de monnaie turque, un enfant ressentit dans la paume de la main une sorte de brûlure, et eut une peste mortelle, dirai-je à Orræus que ce qu'il a vu il ne l'a pas vu (1)? Enfin, quand il me dit qu'en 1770, à Jassy, deux soldats commis à la garde de vêtements pestiférés, ayant eu l'imprudence de dormir sur ces vêtements, furent trouvés morts au bout de quelques heures, dirai-je que c'est là un fait controuvé? Autre exemple. Pugnet me rapporte ce qui suit : je copie ses paroles : « A Caïpha, huit » Français se sont successivement communiqué » le germe de cette maladie (la peste) en se » transmettant une pelisse ; à Gaza, cinq sur » six, en se disputant un habit de drap, la dé» pouille d'un de leurs compatriotes ; à Jaffa, » quatre, en mettant aussitôt à leur usage des » mouchoirs de cou qu'un pharmacien de 3° » classe avait apportés d'Italie. Ces quatre hé» ritiers furent en même temps atteints de bu» bons à l'entour du cou, et périrent du troi» sième au sixième jour. » Quand Pugnet me raconte ces faits, je le crois sans hésiter; et pour m'assurer sa parole je ne veux que sa parole. Savari lui-même n'a pas un autre langage. N'ai-je pas entendu l'autre jour affirmer devant vous qu'à Constantinople les effets des morts, colportés dans la ville par des tellahs ou des crieurs, ne communiquent jamais la peste? Sachez, messieurs, que non-seulement la vente de ces effets sert à la propagation du mal, comme Savari le dit pour l'Égypte, mais qu'encore on a vu plus d'une fois ces tellahs eux-mêmes tomber dans la rue sans pouvoir se relever : ils étaient morts ou mourants. Dans la peste d'Amsterdam que décrit Barbette, un fardeau est mis sur le dos d'un emballeur; sa femme en porte une partie; tous deux contractent des bubons. Il y a plus : en 1815, à Corfou, pendant la peste, et dans un village où cette maladie avait régné plusieurs mois, on avait de bonne heure fermé l'église. Lorsqu'on l'ouvrit pour la purifier, le prêtre qui secouait le drap de l'autel afin de le nettoyer, ce prêtre est pris tout à coup de mal de tête et de vertige; il chancelle, il tombe, et au bout de trois heures il meurt avec bubons aux aisselles et pétéchies sur tout le corps. Ce fait me rendrait aujourd'hui probable un autre fait qu'on me racontait en Égypte et que je n'osais croire. Des draps d'Angleterre retenus quelque temps à Alexandrie au moment d'une grande peste, puis expédiés plus tard pour une ville de Syrie, firent éclater la peste dans cette dernière ville. Quelle ténuité dans les miasmes! quelle ténacité dans leur adhérence aux étoffes! et cependant quelle puissance! L'autre jour M. Bousquet vous en citait un exemple. En voici un second. En 1760, la peste est à Alep. Un homme part d'Alep pour se rendre en Chypre, à Larnaca, il est reçu dans la maison de M. Calimeri, belle et vaste maison qui est aujourd'hui celle du consulat de France et que j'ai habitée. Cet homme avait toutes les apparences de la santé. Il venait de faire 75 lieues, 25 par terre et 50 par mer; grands motifs de sécurité. Cependant, comme il venait d'une ville empestée, on le prie de se tenir quelque temps en observation dans une chambre isolée que j'ai vue. Il y consent. Au bout de huit jours, M. Calimeri, pleinement rassuré, entre dans la chambre de son nouvel hôte, et communique librement avec lui. Le lendemain, M. Calimeri est pris d'une peste mortelle. Son fils a la peste et guérit. Toute la maison eut la peste, c'est-à-dire onze personnes, dont quelques-unes se sauvèrent. Tous ces détails, je les tiens du petit-fils de M. Calimeri. Il me les donnait comme une tradition de famille conservée dans toute son intégrité. Cette tradition serait, ce me semble, une belle preuve que la peste se communique hors des foyers pestilentiels; car on raisonne pour la

---

(1) On me dit que lorsque j'ai cité ce fait devant l'Académie, quelques personnes en ont été formalisées. Cependant, quoi de plus clair que le texte même d'Orræus?

« Vidi puerum moldaviensem, confestim ardo» rem in volâ manus percipientem, et peste correp» tum, postquam monetulam turcicam ex argento et » multo cupro conflatam, à Zingaro quodam rece» pisset. »

Orræus ajoute :

« Chirurgus quidam Moscuæ, rubliones quos» dam ex manibus mercatoris infecti *calentes*, pro » honorario accipiens, illicò peste (ex quâ quoque » obiit), affectus insuper nonnullos ex familiâ suâ » polluit. »

P. 57. Édit. de Saint-Pétersbourg, 1784.

On lit encore dans cet écrivain, pag. 56, l'histoire d'un Cosaque qui, après son congé, rentre dans sa famille, apportant avec lui un coffre où il avait mis la meilleure partie de son butin, et qu'il tient caché à sa femme et à ses enfants. Il meurt; on trouve le coffre; on l'ouvre; toute sa famille, composée de huit personnes, meurt de la peste la moins équivoque.

Ce butin avait été pris à Odschakow en temps de peste.

Là aussi Orræus parle des miasmes retenus longtemps dans des magasins construits en voûte et mal ventilés.

Stoll, l'anti-contagioniste Stoll, fait soutenir, en 1783, une thèse où il établit qu'au bout de deux années, des coraux infectés ainsi que des pièces d'or ont donné la peste.

P. Franck recommande, en temps de peste, de ne recevoir des pays infectés ni marchandises (de laine, de coton, de soie, etc.), ni lettres, ni *argent*.

Du fer même apporté de Constantinople à Galah a donné la peste. Ce fer était-il rouillé? et la rouille a-t-elle pu retenir des miasmes? Orræus le suppose.

Dans tous ces cas singuliers, mais rares, n'est-il pas visible que ce sont des *miasmes*, que c'est la sueur des pestiférés qui donne la maladie?

peste comme on a raisonné si longtemps et si follement pour la morve. Du reste, par l'expérience que nous avons faite à Tripoli, j'ai dans l'esprit qu'en mettant l'homme d'Alep dans un bain légèrement chloruré, et en y plongeant ses effets, on eût prévenu ce cruel accident. Est-ce que des évènements de cette nature n'autorisent pas suffisamment les exigences qu'on impose aux voyageurs de ventiler leurs effets? et pour leur épargner l'ennui de quelques jours d'attente, faudrait-il abandonner de si utiles précautions? Qu'est-ce qu'un peu de gêne mis dans la balance avec la vie ou même avec la santé d'un seul homme?

Ces considérations me conduisent naturellement à la propagation de la peste par les marchandises. De tous les moyens de transmission, celui-là serait le plus contesté. Je ne veux point rappeler ce qui s'est passé aux Bermudes; ni à Rome du temps de Gustaldi; ni en Angleterre du temps que l'Angleterre recevait les cotons par la Hollande; ni dans plusieurs lieux d'Espagne, particulièrement à Saint-Lucar de Barranuda; ni à Patras, ni à Messine, ni à Malte, ni en dernier lieu à Salonique et dans les îles Ioniennes. J'insisterai seulement sur ce qui suit. Je crois savoir que de 1721 à 1830 inclusivement, c'est-à-dire en 110 années, 34 navires sont arrivés à Marseille ayant la peste à bord, ayant eu des morts à la mer, et ayant déposé des malades au lazaret; et qu'enfin plusieurs portefaix employés à ce qu'on appelle la purge des marchandises en ont reçu la peste, et y ont succombé. Toulon, Gibraltar, les îles Baléares, la Corse, la Sicile, Malte, ont été menacées. Et finalement, en 1812 et 1813, les ports de l'Adriatique ont essuyé des accidents; et le cabotage et les pèlerins partis de Rosette, de Damiette et d'Alexandrie ont porté la peste dans l'une des Cyclades, à la Canée, et dans huit ou dix autres lieux des deux Turquies d'Asie et d'Europe. Mais par quels moyens? Pour toute réponse, je ne ferai qu'une remarque. Il est de notoriété historique que les principales villes du nord de l'Europe, Moscou, Dantzik, Hambourg, Copenhague, Stockholm ont eu la peste. La peste y a régné avec la violence et l'étendue qui n'appartiennent qu'aux épidémies. Cela établi, des deux choses l'une : ou il faudrait supposer que ces grandes villes ont été momentanément des foyers de peste, ce qui serait absurde; ou il faut reconnaître que la peste y a été portée; or, elle n'a pu y être portée que par des hommes, ou par des effets, ou par des marchandises; ou tout à la fois par ces trois intermédiaires de transmission; car comment séparer les hommes d'avec les choses? et parmi les choses, comment ne pas comprendre les effets et les marchandises? Et dire que, dans tout cela, il ne s'est jamais opéré d'attouchement ou de contact, n'est-ce pas une puérilité?

Aux hommes qui ont rassemblé des faits en faveur de ces vérités, le rapport fait un singulier reproche. On les blâme d'avoir recueilli ces faits « *sous un point de vue exclusif*, et sous l'*empire d'une opinion régnante.* » D'une opinion régnante! Et qui vous l'a dit? et d'où venait cette opinion? d'elle-même ou des faits? Ne sont-ce pas les faits qui l'ont suggérée, à qui? aux plus sages observateurs : à un Diemerbroëck, à un Mercurialis, et à des centaines d'autres. Si Stoll avait de si forts arguments contre la contagion, que ne les a-t-il produits? et pourquoi fait-il soutenir, en 1783, une thèse où il est ultra-contagioniste? Il avait donc deux opinions? Quelle était l'opinion régnante? De façon ou d'autre, il a menti à lui-même, comme le lui a reproché Howard. Mais vous, n'écrivez-vous pas sous l'empire d'une opinion qui veut régner à son tour, et nous ramener à ces temps de malheur où, faute de l'opinion que vous combattez, la peste avait pris de si grands et de si dangereux développements? Car, loin d'être nouvelle, votre opinion est plus ancienne que la nôtre. Ces hommes, dites-vous, ont recueilli les faits sous un point de vue exclusif. Et, au nom du ciel, sous quel point de vue voudriez-vous qu'ils les eussent recueillis et présentés? Chargés d'étudier toutes les chances de péril, ils les ont vues et les ont déclarées. En cela, ils ont rempli un devoir sacré. Qu'eussiez-vous fait à leur place? et à quoi peuvent servir tous vos faits négatifs? Toute respectable qu'elle est, votre expérience ne saurait infirmer la leur. Supposez que vous êtes législateurs, et qu'ayant à répondre du salut de vos concitoyens, vous consultiez ces deux ordres de témoignages, l'un que la peste se communique par les hommes, les effets et les marchandises, l'autre qu'elle ne se communique pas du tout : auquel de ces deux partis prêterez-vous l'oreille? D'après le second, vous n'avez rien à faire; d'après le premier, vous avez à prendre des mesures: c'est donc celui-là que vous écouterez, parce que celui-là seul est utile aux hommes. Ou, si vous l'aimez mieux, supposez que vous êtes armateurs, et que, prêts à risquer vos navires sur une mer nouvelle, vous consultiez deux pilotes qui ont la réputation de la bien connaître. L'un vous dira : Allez hardiment; cette mer est partout sûre et praticable. — Prenez garde, vous dira l'autre; à telle ou telle latitude, cette mer a de terribles écueils. Auquel de ces deux hommes livrerez-vous vos navires et votre fortune?... Croyez-moi, le bon sens des peuples est plus fort que vos subtilités et vos négations. N'avez-vous pas contre vous l'expérience que vient de faire la Turquie, et que s'essaie à faire à son tour l'Égypte elle-même? Cependant que fait la Turquie, je le répète? elle applique à ses peuples la leçon qu'ont donnée, sans y songer, les grandes villes où régnait la peste, et où l'isolement avait préservé les couvents, les colléges, et, sauf quelques exceptions, les citadins eux-mêmes qui se tenaient exactement clos dans leurs demeures. A Constantinople, le palais de France a un corps de garde occupé par des janissaires, mais séparé du palais par un double grillage. La peste moissonne les janissaires; et à deux pas le palais est sain et sauf. On disait ici l'autre jour que l'isolement

ne réussissait qu'aux riches qui ont de tout en abondance, et qui, dans leurs vastes maisons, ont principalement de grands courants d'air; circonstance qui prouverait, pour le dire en passant, que l'air par lui-même n'est point altéré : mais on oublie que l'isolement préserve également les prisons, et même encore les préserve plus parfaitement : or, les prisons ne sont nulle part des lieux d'opulence, ni même de véritable bien-être. Je m'arrête ici, messieurs, et je prends la liberté de conseiller à M. le rapporteur de transposer les deux conclusions qui terminent le troisième chapitre de la troisième partie; et de dire que des faits très nombreux prouvent que les effets des pestiférés sont très souvent fort dangereux; et que pour donner quelque valeur aux faits contraires, il faut attendre qu'une expérience ultérieure ne les ait jamais démentis.

J'ai déjà parlé de l'infection. Je n'en dirai plus qu'un mot. Cette expression n'a de sens que pour marquer la fâcheuse impression que fait sur nos organes un objet extérieur, animé ou inanimé, vivant ou mort, d'où s'échappent des émanations désagréables, repoussantes, et même dangereuses : un marais, un cloaque; des rues pleines d'ordures; l'haleine d'un ivrogne, d'un malade, d'un scorbutique, par exemple; le pus d'un ulcère, surtout d'un ulcère cancéreux; un cadavre, une charogne; ainsi de suite. Dans tout cela, il n'est pas question de maladie transmissible; mais elle en peut naître; et une fois formée, telle que la peste, le mot infection ne doit plus s'entendre que des émanations du pestiféré, quelles qu'elles soient; et sous ce rapport ces deux mots infection et contagion sont synonymes; tellement que de l'un et de l'autre on peut affirmer ou nier les mêmes choses; à moins que, par un raffinement de langage, on ne veuille dire que l'infection est la matière ou l'instrument de la contagion. Finesse oiseuse, et propre seulement à jeter de la confusion et de l'obscurité dans les idées.

A l'égard de l'incubation, j'ose dire qu'il n'est pas possible de lui assigner d'exactes limites. Il est des incubations de quelques minutes, de quelques heures; d'un, deux, trois jours, jusqu'à sept et huit : c'est là le maximum pour quelques médecins; d'autres vont jusqu'à treize et quinze. — Mais il est des incubations de vingt, de trente jours, et même de dix semaines; Diemerbroëck en donne un exemple; et je ne sache pas qu'on ait le droit de l'en dédire, comme l'a fait le docteur Leukias. Il est enfin des pestes intermittentes; il en est de chroniques. Si celles-là sont contagieuses, ce n'est heureusement qu'à un très faible degré, de même que ces pseudo-pestes qui se mêlent à d'autres maladies, et qui sont le résultat de ces restes de miasmes décomposés à notre intérieur et assimilés à notre économie, comme l'insinue Chenot, et comme semblent le penser OElhaëf et Sydenham. Du reste, à l'égard de cet homme d'Alep qui donnait la peste sans l'avoir, dans quelle catégorie mettre cette sorte d'auréole pestilentielle qui marchait avec lui sans l'atteindre, ou si l'on veut cette longue incubation qui le rendait si dangereux, et qui durait depuis quinze et même vingt ou vingt-cinq jours? Les chiffres que je viens de donner conviennent peu, je l'avoue, à l'administration; mais c'est à elle, et non point à nous, qu'il appartient de choisir; car, à la rigueur, les intérêts qu'elle doit concilier ne sont pas les nôtres.

L'incubation ferait penser à l'inoculation. Il n'est que trop vrai que des hommes se sont inoculé la peste, ou l'ont inoculée à d'autres, et presque toujours avec succès, je veux dire avec des résultats très souvent mortels. Le rapport a défiguré, on ne sait pourquoi, celle que s'est faite le docteur anglais Whyte. C'est un tort que M. Desportes a eu raison de relever, et qui ferait croire aux étrangers qu'on est chez nous très peu soucieux de la vérité. La commission n'a pas admis non plus la singulière et très reprochable expérience que fit en 1801, à Rahmanieh, un médecin français chargé du service des pestiférés. Le fait, a-t-elle dit, n'est pas authentique. Qu'y manque-t-il? Le lieu, l'époque, l'action avec tous ses détails et tous ses résultats, tout y était, tout, écrit sous la dictée de l'expérimentateur, et comme si la commission l'eût entendu de la propre bouche du coupable. Étrange préférence! Le fait est vrai, on le rejette; et on admet un autre fait tout fictif et désavoué par son auteur lui-même! Toutefois, vous ne rejetterez pas les faits suivants. Une mère pestiférée allaite son enfant; elle meurt, l'enfant n'a rien. Et l'inverse. Une nourrice donne le sein à un enfant pestiféré; l'enfant meurt, la nourrice n'a rien. Dans ces deux cas, point d'inoculation. Oui; mais une femme saine met au monde un enfant qui a la peste. Une mère pestiférée allaite son enfant pestiféré comme elle, l'enfant meurt. La mère fait sucer son lait successivement par quatre petites chiennes, et les quatre petites chiennes meurent l'une après l'autre; enfin la femme meurt elle-même. Voilà des contraires. Comment les concilier? Je ne sais; mais je sais que ces contraires quelquefois si bizarres sont tellement multipliés dans la peste, qu'ils en formeraient un caractère, et qu'au milieu de ces *oui* et de ces *non*, il n'est pas possible d'asseoir une seule proposition absolue, si ce n'est celle que j'établis en ce moment. Voilà ce qu'il ne faudrait jamais perdre de vue, et voilà ce que reconnaissait Mackenzie en composant son ouvrage. « Je n'ai point vu, dit-il, ce qu'ont vu » les plus grands loïmologistes, Diemerbroëck, » Sydenham, Hodges et les autres; mais mon » expérience ne m'autorise point à rejeter la » leur, parce que la peste diffère d'elle-même » d'un lieu à l'autre, d'une année à l'autre; » et, qui plus est, dans le même lieu et » dans la même année. » Différences que l'on n'expliquera jamais, que l'on ne devinera jamais, et qui feront toujours que, dans le grand congrès des écrivains sur la peste, les observateurs d'une seule peste n'auront jamais qu'une seule voix, savoir, la leur. Si les

idées sur la peste sont si variables, c'est que la peste l'est elle-même. Si elle était constante et fixe, les sentiments le seraient aussi, et depuis longtemps on ne disputerait plus, ou même on n'aurait jamais disputé. Je termine par une réflexion. Je ne puis concevoir qu'on ait jamais pu s'aviser d'inoculer la peste. On a plusieurs fois la peste, des huit, dix et douze fois; tandis qu'on n'avait qu'une fois la peste d'Athènes, ce qui établit, ce me semble, une différence fondamentale entre cette peste et la peste d'Orient. Est-il nécessaire d'ajouter que l'inoculation n'est admissible que pour les maladies qu'on n'a très généralement qu'une seule fois? Que penser de ce médecin juif de Smyrne qui fit l'inoculation de la peste à ses sept enfants et en perdit six; et de ce pauvre chirurgien russe qui, prisonnier de guerre à Constantinople en temps de peste, inocula la peste à 200 de ses compatriotes et à lui-même? Ils moururent tous sans exception.

Enfin, j'en viens à ces mots qui résonnent si souvent dans le rapport : *épidémies, constitution épidémique, génie épidémique.* Je l'avoue à ma honte, il est telle et telle de ces expressions qui n'ont pour moi aucun sens, du moins relativement à la peste. Si par le mot épidémie on entend toute maladie qui affecte à la fois un grand nombre d'hommes, assurément il est des pestes qui sont épidémiques; mais constitution épidémique, qu'entend-on par-là? Dans la langue médicale, le mot constitution a plusieurs sens. Tantôt il signifie un état général propre à tout l'ensemble de nos organes, d'où viennent ces mots : constitution forte ou faible, ou sanguine, ou lymphatique, ou nerveuse. Tantôt on l'entend des états de l'atmosphère; états qui, résultant des combinaisons que peuvent former entre eux le froid ou le chaud, le sec ou l'humide, forment en effet les quatre constitutions établies par Hippocrate et adoptées par les médecins, et qui, par leur longue action sur notre économie, lui impriment des modifications profondes, ou, si vous l'aimez mieux, lui font contracter à l'intérieur des altérations telles qu'il en naîtra des maladies, et même de véritables épidémies de fièvres inflammatoires, de fièvres bilieuses, de fièvres catarrhales et de fièvres putrides. Supposez que mille autres causes tirées des aliments, de la boisson, du travail, etc., viennent se mêler à celles-là pour en compliquer ou en dénaturer les effets, vous verrez sortir de là toutes les maladies imaginables, où vous retrouverez peut-être encore le caractère des constitutions, mais vous n'y verrez rien qui ressemble à une constitution pestilentielle. J'entends bien qu'en Egypte, où la peste est endémique, une certaine condition de l'air, la tiède humidité du printemps, ou même de l'hiver, par exemple, favorise le développement de la peste, en multipliant les cas sporadiques; mais si cette constitution favorise la peste, elle ne la produit pas. Le mal préexiste, et vient d'ailleurs. Disséminez ces cas sporadiques, la constitution est détruite, et il n'y aura pas d'épidémie. Cependant l'état de l'air n'a pas changé. En un mot, dans la peste, ce n'est pas la constitution qui fait l'épidémie, c'est l'épidémie qui fait la constitution : et qui est-ce qui fait l'épidémie? c'est l'accumulation des cas sporadiques et spontanés, lesquels sont, je le répète, de véritables empoisonnements. L'air n'y est pour rien; la chaleur et l'humidité ne sont que des causes accélératrices, elles ne font que hâter l'action de l'élément pernicieux qui a pénétré dans l'économie. Pour justifier ce que j'avance, je ne prendrai qu'un exemple, celui de Moscou. Ici, quoi qu'en ait dit M. le rapporteur, nous sommes dans le cœur de l'hiver : de novembre en avril. Y a-t-il là ombre de constitution pestilentielle? Y a-t-il quelques-uns de ces signes précurseurs ou concomitants des épidémies que la sagacité de M. le rapporteur a détaillés dans le premier chapitre de la deuxième partie? Rien de tout cela. A la fin de novembre le mal s'insinue furtivement. Fait-il d'abord de grands ravages? Non. Il arrive avec un ou deux hommes. Ils meurent. Leur mal va de A à B, de B à C, de C à D; ainsi de suite, jusqu'aux dernières lettres de l'alphabet. Il grandit enfin tellement, que, réduit d'abord à quelques cas sporadiques, il devient épidémique, et si largement épidémique, qu'il enlève des milliers de victimes à la fois. Comment cela? par la communication, et, comme le dit Mertens, par le contact avec les malades, avec les cadavres, avec les vêtements : ces vêtements qu'on finit par enterrer, mais que la cupidité déterrait. En un mot, là comme partout, c'est la contagion qui a tout fait, et, là comme partout elle n'a rien laissé à faire à la constitution; si ce n'est peut-être que, sans produire le mal, le froid ou la chaleur en ont ralenti, en ont précipité la course. La peste, cette peste qui a ravagé Constantinople sous les glaces, et le Liban sous la neige des hivers, la peste n'a point de constitution qui lui soit propre. N'est-il pas étrange d'entendre dire de deux villages de l'Egypte, tout voisins l'un de l'autre : « La constitution pestilentielle est » dans celui-ci; elle n'est pas dans celui-là? » Etrange constitution qui n'a que quelques toises d'étendue! Si la constitution pestilentielle existe, il est visible qu'elle a été faite par les malades et non par l'air. Il en serait à cet égard de la peste comme de la syphilis. La syphilis est quelquefois épidémique. Dans une seule année, une armée espagnole a perdu jusqu'à 5,000 membres virils, tant les cas sporadiques y étaient nombreux, et cela sans constitution (1). La parité me semble exacte. En-

(1) Je ne suis ni le seul ni le premier qui aie rapproché l'une de l'autre la syphilis et la peste. Mais par ce rapprochement j'ai voulu prouver deux choses : la première, que le propre des endémies est de régner en tout temps, et sous toutes les constitutions imaginables, et, par conséquent, de n'en avoir pas de particulières; la seconde, qu'il est des maladies contagieuses qui, sans le concours d'aucune contitution, peuvent devenir et deviennent en effet épidémiques. Dans la peste spécialement,

fin la chaleur arrête le typhus, le froid arrête la fièvre jaune; mais rien n'arrête la peste, si ce n'est l'isolement; et cette maladie sans lois, comme le dit Ramazzini, n'a peut-être que celle-là. Aussi est-ce par l'isolement que les orphelins de Moscou ont été préservés, bien que leur grande demeure ait été bâtie sur d'anciens marécages.

Je n'irai pas plus loin, messieurs; j'ai touché, ce me semble, tous les points essentiels de la question. Je m'en suis expliqué avec toute la netteté, et, j'ose dire, avec toute la sincérité dont je suis capable. Il n'est pas nécessaire de récapituler ce que j'ai dit et d'en former une série de propositions que je pourrais comparer une à une à la série des conclusions par lesquelles M. le rapporteur a terminé son travail. Cette comparaison ferait voir quelles sont celles où j'ai le bonheur trop rare de m'accorder avec lui; quelles sont celles où nous différons plus ou moins sensiblement; quelles sont celles où nous sommes en opposition manifeste; et, finalement, quelles sont celles que je pourrais considérer comme erronées ou comme renfermant des suppositions, des contradictions et des trivialités peu dignes d'une Académie. Telle serait toute la suite des conclusions, depuis la première jusqu'à la dix-neuvième inclusivement; puis viennent les conclusions où figure l'action, toute chimérique selon moi, de l'infection et de l'influence ou du génie épidémique. Enfin, je ne puis me défendre de voir une sorte de non-sens ou de trivialité dans la vingt-huitième, et une véritable contradiction entre la vingt-sixième et la trentième. Que dit la vingt-sixième? « *que les malades atteints de peste sporadique ne peuvent déterminer des foyers d'infection* (*assez actifs pour transmettre la maladie*). » Et que dit la trentième? « *que dans les pays sains, et l'influence des causes générales étant nulle, l'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent former reste seule, et que, dans ce dernier cas, l'isolement met à l'abri de tout danger.* » Mais si ces foyers sont trop faibles pour transmettre la maladie, de quel danger peut donc préserver l'isolement? Et si l'isolement est nécessaire ou même utile, n'est-ce pas parce que la maladie se transmet? D'un autre côté, après avoir établi douzième, treizième et quatorzième conclusions, qu'on n'a pas de preuve que la peste se communique ou par le contact, ou par les effets, ou par les marchandises, on écrit hardiment, pour seizième conclusion, « *qu'il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe* (p. 841). » Mais si elle ne se transmet ni par les hommes, ni par les effets, ni par les marchandises, par quoi donc peut-elle se transmettre? Elle se transmet par infection. Mais d'où vient, encore une fois, cette infection? N'a-t-elle pas été formée par les émanations des malades? Et n'est-ce pas se jouer de soi-même et des autres que de se payer et de les payer de ces non-sens, je dirais presque de ce jargon incompréhensible? Mais que serait-ce s'il fallait relever une à une toutes les fautes dont fourmille ce rapport!

Vous pensez bien, messieurs, que pour moi je n'aurai qu'une conclusion définitive à vous soumettre : c'est que, pris dans son état actuel, le rapport de votre commission n'est pas digne de vos suffrages et qu'il ne pourra l'être que lorsque votre commission lui aura fait subir tous les changements nécessaires.

PARISET.

---

loin de propager le mal, l'air en serait le remède. Lorsqu'elle s'arrête en Égypte, à l'époque où le vent du nord commence à souffler, ce vent n'est peut-être si salutaire que parce qu'il fortifie les organisations, et surtout parce qu'il dissipe les miasmes, et qu'il fait en cela ce que fait l'isolement : ôter les malades du milieu des miasmes, ôter les miasmes du milieu des malades, deux actions qui ont un effet identique.

Deuxième remarque. Les deux partis qui sont aujourd'hui aux prises se reprochent réciproquement d'être exclusifs. J'ose soutenir que les contagionistes ne sont pas *exclusifs*. Pour mon compte, j'admets tous ces faits, les négatifs aussi bien que les positifs; mais les faits négatifs, que voulez-vous que l'on en fasse? Si les faits positifs peuvent inspirer des craintes exagérées, en revanche les faits négatifs ne peuvent qu'inspirer une sécurité dangereuse; avec les premiers, il y va de quelque argent; avec les seconds, il y va de la vie des hommes. Choisissez. Après les calamités de Marseille et de Barcelone, n'est-il pas étrange de voir des médecins préférer l'intérêt du commerce à celui de la santé publique?

Maladies de l'oreille.

IV. Mémoire et observations pratiques sur les écoulements d'oreille.—Suite (1).

B. Des écoulements d'oreille qui ont leur source dans une partie plus ou moins éloignée, ou *écoulements symptomatiques.*

Des suppurations dont le foyer existe dans le cerveau ou dans ses enveloppes viennent souvent se frayer un passage par le conduit auditif externe, soit en filtrant à travers la membrane du tympan, soit en brisant cette cloison. Itard et le docteur Lallemand ont fait remarquer les premiers combien la position déclive du rocher et la disposition des méninges facilitent ce résultat. Des abcès formés dans la caisse du tympan, des caries et des nécroses, des fractures des os du crâne, etc., toutes ces affections peuvent également provoquer le flux dont il s'agit. Je vais étudier les caractères que présentent ces écoulements divers.

1° *L'otite interne* et le *catarrhe aigu de la caisse* donnent fréquemment lieu à la formation d'abcès qui se font jour par le conduit auditif en déchirant la membrane du tympan.

(1) Voir le numéro de décembre dernier.

Des sujets de tout âge et de toute constitution peuvent offrir cet écoulement ; cependant il est moins rare chez les enfants et chez les personnes faibles que chez les adultes et les sujets vigoureux. Une douleur pongitive, déchirante, succédant tout-à-coup, soit à un sentiment de pesanteur, soit à des douleurs tensives accompagnées de pulsations dans la caisse, indique la rupture de la cloison : cette douleur arrache le plus souvent des cris au malade. Un flux de pus sanguinolent, mal élaboré, qui entraîne parfois les osselets de l'oreille, jaillit du méat auditif et transperce bientôt l'oreiller. Cependant le calme se rétablit peu à peu, et, dans les cas très rares où la cloison se cicatrise, le conduit auditif se sèche et reprend l'aspect qu'il avait avant l'accident. Le plus ordinairement il n'en est pas ainsi, et l'écoulement persiste pendant toute la vie du malade. Ce flux présente des alternatives fréquentes d'augmentation et de décroissance. L'impression du froid le provoque, et le moindre courant d'air sur les oreilles est suivi d'une hypersécrétion constante.

La nature du pus varie selon les périodes où l'on étudie l'affection. Dans l'origine, il est presque toujours sanieux et fétide ; plus tard il prend les caractères du pus de bonne nature ; et enfin, quand les accidents primitifs sont tombés, il devient d'ordinaire glutineux et transparent, présentant ainsi un aspect qui le rapproche autant du mucus nasal que du pus.

L'exploration de l'organe au moyen du *speculum* permet toujours de constater l'ouverture qui donne passage au flux morbide : on la trouve ordinairement à la partie antéro-inférieure, au point le plus déclive de la cloison. La perte de substance est variable, depuis celle qui constitue un simple pertuis jusqu'à celle qui comprend la plus grande partie de la cloison. La diminution de l'ouïe et l'intensité des bruits sont généralement en rapport avec l'étendue de la lésion.

2° Ce n'est pas seulement à l'ouverture d'abcès dans la caisse et à la déchirure de la cloison qui en est la suite qu'il faut toujours rapporter l'écoulement d'oreilles que je viens de décrire. — La *perforation traumatique* de cette membrane est suivie des mêmes effets quand on ne peut en obtenir la cicatrisation. Au lieu d'être situées dans la partie la plus déclive de la membrane, comme les perforations spontanées, les lésions traumatiques peuvent siéger sur tous les points. Dans les ouvertures pratiquées par l'art, le lieu d'élection est celui que la nature indique, c'est-à-dire la partie antéro-inférieure : on reconnaît les lésions dont il s'agit avec la plus grande facilité. Le commémoratif est précis, et l'exploration directe ne permet pas de conserver le moindre doute.

Dans la perforation traumatique, comme dans la perforation spontanée de la membrane, il existe toujours une diminution notable de l'ouïe. Les auteurs qui ont écrit que des malades entendaient aussi bien avec une ouverture de l'opercule que quand la cloison était intacte, ces auteurs n'avaient pas suffisamment observé. — M. Kramer a fait sur ce sujet des expériences nombreuses ; j'en ai fait moi-même depuis longues années sur des centaines de malades, et d'autres encore ont agi comme nous. « Jamais, disais-je dans un mémoire lu en 1843 à l'Académie de médecine (1), une ouverture, quelque petite qu'elle soit, n'est pratiquée à la cloison sans que l'ouïe en soit affaiblie, et l'affaiblissement est constamment en rapport avec l'étendue de la lésion et avec l'importance des parties lésées. Pour vérifier ce fait, il suffit de faire porter son observation, comme je l'ai fait moi-même, sur un certain nombre de personnes sourdes d'un seul côté par suite de la lésion du tympan. Chez toutes on trouvera que l'audition est plus étendue du côté sain que de l'autre, et la différence sera des deux tiers, des trois quarts ou même davantage. On peut encore, pour s'assurer du résultat que j'indique, comparer la portée de l'ouïe chez des sujets atteints de perforation de la membrane et chez d'autres individus du même âge ayant conservé l'intégrité de la cloison ; toujours on trouvera une différence notable. » Depuis que j'ai écrit ces lignes, je n'ai pas rencontré un seul exemple qui vînt infirmer les assertions qui y sont contenues, et j'en ai trouvé au contraire une foule de nouveaux qui leur viennent à l'appui.

3° *La carie du rocher* est toujours accompagnée d'un écoulement qui présente tous les caractères du pus osseux. Le docteur Lallemand a démontré le premier, en citant deux exemples, que la suppuration du rocher peut prendre son cours par la voie des trompes d'Eustache. Dans la très grande majorité des cas néanmoins, c'est par le conduit auditif externe que l'écoulement a lieu. La douleur qui accompagne cette redoutable affection n'est pas très intense, surtout dans les commencements ; mais il est rare qu'elle ne le devienne pas plus tard. A moins qu'elle ne soit très limitée, la lésion du tissu osseux se propage assez promptement aux méninges et donne lieu aux symptômes de *l'otorrhée cérébrale consécutive*, si bien décrite par Abercrombie, Itard, Albers de Bonn, le docteur Lallemand, etc.

Les fractures du temporal, l'introduction et le séjour de corps étrangers dans la caisse, donnent lieu, dans certains cas, à la carie du rocher. Mais cette maladie se développe le plus souvent sous l'influence des diathèses scrofuleuse ou scorbutique, et surtout par l'action du virus vénérien.

L'absence de lésions dans le conduit auditif externe, une douleur fixe, constante et profonde au fond de l'organe, les accidents cérébraux, convulsions, paralysie générale ou partielle, perte de la mémoire, la nature du pus et les esquilles qu'il entraîne, tous ces symptômes

(1) Mémoire sur l'abus et les dangers de la perforation de la membrane du tympan, etc. ; chez Victor Masson.

servent à reconnaître la carie du rocher. Dans quelques cas cependant le diagnostic est entouré de grandes difficultés. Tel est le suivant :

Au commencement de février 1845, je fus appelé en consultation par un confrère de Paris pour examiner M. X., homme de loi, qui souffrait cruellement de l'oreille droite. J'appris de ce malade que, tourmenté depuis une quinzaine de jours par un écoulement d'oreilles accompagné de bourdonnements et de surdité, il était allé consulter un médecin connu pour traiter ce genre de maladies. Celui-ci, après avoir examiné le conduit auditif, y introduisit à deux reprises un cylindre d'azotate d'argent. M. X. souffrit peu de cette opération et put aller au palais ; mais le soir même il fut pris d'une douleur tellement vive qu'il fit appeler en grande hâte son médecin ordinaire. Celui-ci, trouvant l'oreille tuméfiée et très douloureuse, ainsi que les parties voisines, prescrivit une application de sangsues et un bain de pieds. La nuit fut très mauvaise, de même que les suivantes, et, lorsque je fus appelé, M. X. me dit qu'il n'avait pu fermer l'œil depuis cinq jours.

Voici quel était alors l'état du malade : M. X., âgé de 35 ans, est d'une constitution vraiment athlétique ; il n'a jamais eu d'autres maladies que deux affections vénériennes qui, selon lui, ont été parfaitement traitées. Sa douleur d'oreilles est venue il ne sait comment : pourtant il se souvient qu'il éprouve des bourdonnements depuis deux ou trois mois. La conque est d'un rouge violacé et tellement tuméfiée qu'elle a l'aspect d'une masse informe ; les saillies et les enfoncements sont effacés et le conduit auditif a tout-à-fait disparu. Le gonflement s'étend à la joue et à la tempe, et ces parties, ainsi que la paroi correspondante du crâne, sont le siége d'une vive douleur ; M. X. y sent aussi de temps à autre de forts battements. Le pouls est dur et fréquent, la peau chaude, la tête douloureuse, la soif vive ; M. X., en un mot, est en proie à une fièvre intense.

Nous convînmes, le médecin traitant et moi, de pratiquer immédiatement une forte saignée et d'appliquer le soir même trente sangsues autour du pavillon. Nous prescrivîmes en même temps un pédiluve irritant et des boissons délayantes. Cette médication fut suivie d'un soulagement marqué, et le malade put dormir quelques heures dans la nuit.

Le lendemain nous trouvâmes une amélioration notable et nous administrâmes un purgatif qui réussit également. Enfin, au bout de huit jours, les symptômes de réaction avaient cédé en grande partie ; mais l'oreille restait toujours tuméfiée, et ce ne fut qu'à grand' peine que l'on fit pénétrer dans le conduit quelques injections émollientes qui entraînèrent avec elles des débris de peau désorganisés par le caustique. Huit autres jours se passèrent encore pendant lesquels l'état général continua à s'améliorer ; mais l'oreille restait toujours gonflée et l'écoulement du conduit augmentait au lieu de diminuer. Soupçonnant quelque lésion profonde d'entretenir une affection aussi rebelle, j'interrogeai de nouveau M. X. sur les accidents syphilitiques qu'il avait éprouvés, et, lui ayant fait ôter ses vêtements, je reconnus, à la partie interne des bras, sur les épaules et en haut des cuisses, plusieurs taches de couleur caractéristique, et dès lors je ne doutai plus. M. X. était sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, et les accidents qu'il éprouvait étaient dus à une carie commençante du rocher. Le médecin de la famille envisagea les choses comme moi, et nous proposâmes sur-le-champ un traitement mercuriel actif. M. X., sous divers prétextes, voulut attendre ; mais, comme il y avait urgence, nous insistâmes, proposant de nous adjoindre un nouveau consultant. M. Andral, qui fut choisi, partagea notre avis sur la nature et l'origine du mal, et, comme nous, il insista sur la nécessité d'un traitement mercuriel, le seul propre à arrêter les accidents s'il était temps encore. En conséquence, on prescrivit les pilules de Dupuytren et des tisanes sudorifiques. Je ne vis plus dès lors qu'à de longs intervalles M. X. dont l'oreille continuait de fluer et était toujours tuméfiée.

Deux mois après, j'appris avec plus de douleur que d'étonnement que M. X. avait été frappé dans la nuit d'une apoplexie avec paralysie du côté gauche. Un traitement actif et éclairé enraya les accidents, mais ne put rendre au malade le libre usage de la jambe paralysée. Une nouvelle attaque, suivie de plusieurs autres, le mit dans le plus grand danger. Il y survécut cependant, et, depuis cette époque, il a fait plusieurs saisons d'eaux et s'est mis entre les mains des magnétiseurs et des homœopathes ; mais rien n'a pu le guérir ni même diminuer son hémiplégie, qui est complète aujourd'hui. M. X. a pris le sage parti de se retirer du monde et d'aller habiter les climats chauds.

4° La *tuberculisation des os* qui entrent dans la composition de l'oreille donne lieu à des écoulements beaucoup plus communs qu'on ne pense. Au lieu de présenter, comme dans la carie, les caractères du pus osseux, la suppuration provenant de la fonte des tubercules est blanche, épaisse, et constitue un véritable pus. « Une prédisposition particulière est nécessaire au développement des tubercules, quelle que soit d'ailleurs la partie du corps qu'ils occupent. Cette prédisposition est plus marquée encore et la diathèse constitue une véritable cachexie dans les cas où l'on observe la tuberculisation des os. L'enfance, le sexe féminin, le tempérament lymphatique, tous les agents de débilitation prédisposent aux tubercules, qui ne se montrent ordinairement dans les os qu'après avoir attaqué déjà d'autres parties, le cerveau, le poumon, etc. Nous avons observé chez plusieurs malades des suppurations d'oreilles qui ne pouvaient être attribuées qu'à la fonte des tubercules et qui coïncidaient avec la présence d'une phthisie pulmonaire au second et au troisième degré. M. Ménière a fait, de son côté, des remarques

semblables (1). » Enfin, la marche des tubercules osseux de l'oreille est essentiellement lente et leur présence donne toujours lieu à des symptômes cérébraux plus ou moins redoutables.

5° Ce n'est pas seulement à la mortification des parties d'os qui composent l'oreille que l'on doit attribuer tous les écoulements de pus osseux qui ont lieu par le conduit auditif. Des *caries du pariétal et du frontal* causent également des suppurations qui, dans certains cas, viennent se faire jour par la même voie. On trouve, dans l'ancien Journal de médecine (t. VI) et dans l'histoire de la Société de médecine (1780-1), deux remarquables exemples de flux auriculaires déterminés par de semblables lésions. La suppuration dans ces cas présente les mêmes caractères que celle qui provient du temporal ; le siége du mal diffère seul. C'est en palpant exactement les parties qui recouvrent les points osseux mortifiés que l'on reconnaît la nature et l'étendue de la maladie. L'ouïe, comme on peut le prévoir, n'est pas nécessairement très affaiblie par la présence de ces suppurations qui peuvent s'établir d'ailleurs chez des sujets de tout âge et de toute constitution.

6° Il se forme quelquefois dans les méninges et dans l'épaisseur du cerveau lui-même des abcès qui viennent s'ouvrir dans le conduit auditif. Les auteurs ont désigné la suppuration venant de cette source sous le nom d'*otorrhée cérébrale primitive*, par opposition à l'otorrhée cérébrale secondaire que j'ai décrite. Les symptômes de ces deux maladies se rapprochent tellement, dans plusieurs cas, qu'il est presque impossible de ne les pas confondre. La confusion, d'ailleurs, est sans inconvénients pour le pronostic et pour le traitement. Que la désorganisation commence en effet par le rocher pour se propager de là au cerveau, ou qu'elle suive une marche inverse, on conçoit que les accidents et le danger sont les mêmes, et que les procédés curatifs doivent être semblables. J'essaierai, du reste, de tracer les caractères propres à chacune de ces affections en parlant de leur diagnostic différentiel.

7° *Des abcès* situés dans le voisinage plus ou moins immédiat de l'oreille viennent parfois se faire jour dans le conduit auditif en un point plus ou moins rapproché de son ouverture. Les dépôts parotidiens sont ceux qui prennent le plus souvent la voie quej'indique. Rien n'est plus facile que de diagnostiquer ces abcès qui naissent, dans la grande majorité des cas, sous l'influence de crises ou d'épidémies et s'accompagnent d'une douleur et d'une tuméfaction notables. Le pus qui en provient est quelquefois de bonne nature; d'autres fois il est séreux ou grumeleux, et la pression exercée sur la tumeur le fait souvent jaillir à flots. D'autres abcès, situés dans la fosse temporale, au-dessus ou derrière l'oreille, se font encore jour par le conduit auditif. La tumeur qui les accompagne ne permet pas de les méconnaître, et il serait oiseux d'insister davantage sur leur diagnostic.

8° M. Laugier a le premier signalé un *écoulement aqueux* du conduit auditif qui a lieu à la suite de quelques fractures récentes du rocher (Compte-rendu de l'Académie des sciences, février 1839, p. 240). Depuis, MM. Chassaignac, Robert, Rampal, Malgaigne, etc., ont publié des mémoires ou des observations sur le même sujet. La plupart des blessés ont perdu connaissance, et quelques-uns sont demeurés en cet état jusqu'à leur mort ; d'autres ont bientôt recouvré l'usage de leurs sens et ont conservé depuis l'intégrité de l'intelligence, comme le malade dont parle M. Rampal dans sa seconde observation.

La quantité du liquide épanché est quelquefois considérable : M. Robert l'a estimée à 1,000 grammes dans un cas, et le docteur Rampal porte à 2,304 grammes celle qui s'écoula du conduit auditif d'un seul malade. Ce liquide est limpide, transparent, d'une saveur salée, et fournit à l'analyse chimique, d'après M. Foy, de l'eau, un peu de mucus et des traces de sels de soude et de phosphate de chaux.

Trois hypothèses ont été émises sur la nature du fluide épanché. La première, celle de M. Laugier, suppose qu'il est dû à la partie séreuse du sang versé à la base du crâne. M. Chassaignac croit aussi que ce liquide n'est autre que le sérum du sang; mais, selon cet auteur, il filtre à travers les fissures des sinus veineux déchirés à la base du crâne, au lieu d'être exprimé d'un caillot. M. Robert, qui me semble mieux expliquer ce singulier phénomène, croit que l'épanchement provient du liquide céphalo-rachidien. Rien d'ailleurs n'est plus facile à établir que le diagnostic de ces écoulements.

J'ai traité précédemment du diagnostic différentiel des écoulements idiopathiques de l'oreille et je n'y reviendrai pas ici. Je dois maintenant indiquer les différences que présentent entre eux les flux symptomatiques, et je le ferai le plus succinctement qu'il me sera possible.

Le pus provenant d'abcès des parties molles de la caisse ne saurait être confondu avec celui qui tire son origine des caries. Il suffit de se rappeler les caractères de ce dernier pour ne pouvoir le confondre avec aucun autre. La suppuration due à la fonte des tubercules, ou à l'ouverture dans le méat d'abcès parotidiens, pourrait seule être prise pour le produit d'abcès du tambour ; mais une étude sérieuse du commémoratif et une exploration attentive des parties lésées suffisent pour dissiper le doute. Les abcès qui intéressent les parties molles de la caisse sont toujours le produit d'otites ou de catarrhes aigus, et l'écoulement du pus est suivi d'une amélioration notable et rapide. Les tubercules osseux, au contraire, ne se montrent que chez les sujets affectés de diathèse tuberculeuse. Quant aux abcès paroti-

(1) Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille.

diens, ils sont ordinairement épidémiques, et leur fonte ne modifie que rarement la marche générale de la maladie. Presque toujours aussi ils sont compliqués de lésions chroniques de l'encéphale ou annoncent les crises de graves maladies. La région qu'ils occupent est plus ou moins tuméfiée et douloureuse, et enfin la pression exercée sur la tumeur fait affluer le pus dans l'oreille.

La localisation des diverses caries qui donnent lieu aux écoulements auriculaires est plus difficile à préciser. Les otorrhées cérébrales primitive et secondaire offrent même, sous ce rapport, des difficultés telles, que l'autopsie ne suffit pas toujours pour déterminer quel a été l'organe primitivement lésé ; cette distinction, du reste, n'aurait aucune utilité pratique. La carie, bornée au cornet osseux du conduit auditif, ne provoque que rarement des bourdonnements et n'est pas toujours accompagnée d'une diminution notable de l'ouïe ; au contraire, la carie du rocher offre ces caractères à un haut degré et est rarement exempte de symptômes cérébraux.

Aux points qu'occupent les caries de la boîte osseuse correspondent des tumeurs plus ou moins douloureuses. Il n'en existe aucune dans les caries du rocher ni dans celles du cornet acoustique. La carie qui siége dans l'apophyse mastoïde se distingue, de son côté, par une tumeur dolente, et d'autres fois par une dépression manifeste.

C. Des écoulements d'oreille qui n'ont leur source ni dans l'organe auditif lui-même ni dans les parties immédiatement voisines, ou écoulements *substitutifs* et *critiques*.

On possède dans la science de nombreuses observations d'écoulements naturels et accidentels qui, s'étant supprimés tout-à-coup, ont été remplacés par d'autres. Ces flux supplémentaires ont lieu quelquefois par des ouvertures naturelles, d'autres fois par d'anciennes cicatrices, par un ulcère, par l'alvéole d'une dent extraite depuis longtemps, etc.; quelques-uns enfin se font jour par le conduit auditif, se substituant ainsi à un écoulement normal ou morbide.

Hippocrate et les auteurs nous ont rapporté des cas remarquables de flux d'oreille succédant, comme phénomènes critiques, à diverses affections. Des fièvres continues et intermittentes, des névralgies, des fluxions de poitrine, des maladies de toutes sortes ont été jugées par eux. C'est à décrire les caractères que présentent ces flux auriculaires divers que les lignes suivantes ont été consacrées.

1° *Les écoulements substitutifs des oreilles* peuvent être rapportés à deux ordres bien distincts : ou ils remplacent des flux normaux, comme le flux menstruel, le flux urinaire, ou ils succèdent à des écoulements accidentels provenant d'hémorrhoïdes, d'anciens ulcères, etc

Rien n'est plus commun, comme le savent les praticiens, que la suppression plus ou moins complète des menstrues. Celles-ci sont, dans quelques cas, suppléées par un flux d'une autre nature ; dans d'autres, par des hémorrhagies nasales, buccales, oculaires, etc. Glaser a écrit sur : « la suppression des menstrues remplacée par un écoulement d'oreilles » une longue dissertation in-4°, et, depuis, les auteurs ont ajouté de nouveaux exemples à ceux qu'il rapporte. On a vu quelques-unes de ces hémorrhagies avoir lieu successivement par toutes les ouvertures naturelles du corps, et ces flux ne sont pas toujours incompatibles avec la conservation de la santé. Rien, d'ailleurs, n'est plus facile que de diagnostiquer les écoulements d'oreille de cette espèce.

Plater rapporte dans son troisième livre l'exemple suivant, qui est peut-être unique dans la science : « Une fille âgée de treize ans, dit-il, avait une maladie de vessie qui provoquait une surabondance d'urine. On arrêta cette évacuation et aussitôt l'oreille droite se mit à fluer copieusement. Les diurétiques, ayant rappelé les urines, supprimèrent l'écoulement d'oreille. Le mouvement alternatif de la vessie à l'oreille se renouvela deux ou trois fois, après quoi la malade fut guérie. »

Des flux hémorrhoïdaux en se supprimant ont été remplacés par des écoulements copieux du conduit auditif. Itard en rapporte un remarquable exemple dans son observation 4e, et de mon côté, j'ai vu plusieurs faits analogues.

Il y a quelques années, je fus consulté par une dame de soixante ans qui, depuis plusieurs années, éprouvait des flux alternatifs du ventre, des bronches et des oreilles. Lorsqu'un écoulement se supprimait, celui du ventre je suppose, un autre apparaissait aussitôt, soit par les bronches, soit par le conduit auditif. L'impression du froid sur les organes soumis à la fluxion déplaçait presque toujours celle-ci, et alors elle se portait immédiatement sur un autre point. Bien que le flux d'oreille fût beaucoup moins copieux que celui des bronches, et surtout que la diarrhée, la malade ne souffrait pas davantage lorsqu'il venait à s'établir. La seule remarque qu'elle eût faite à ce sujet, c'est que l'exutoire qu'elle portait au bras jetait alors plus abondamment. Les bourdonnements et la surdité augmentaient également dans les mêmes circonstances. J'ajouterai que nul remède n'avait pu modifier cette singulière maladie, que je crus pour ma part devoir respecter, me bornant à prescrire quelques précautions hygiéniques.

Lebrecht raconte, dans ses Mélanges de chirurgie, l'histoire d'un malade qui, devenu sourd-muet après avoir fait sécher d'anciens ulcères des jambes, ne fut guéri que quand on les rouvrit.

2° *Des écoulements critiques des oreilles.*

J'ai déjà parlé d'abcès critiques et d'oreillons qui, dans quelques cas, se font jour par le conduit auditif ; d'autres flux apparaissent également dans cette partie à la fin de certaines maladies graves. Hippocrate et tous les auteurs contiennent sur ce sujet des observations aussi nombreuses qu'intéressantes. Rien d'ailleurs n'est plus facile que de reconnaître

la nature et le caractère des flux de cette espèce.

Hippocrate rapporte, dans son quatrième livre des Épidémies, un remarquable exemple de fièvre grave chez un jeune homme, qui fut jugée par un flux purulent et fétide de l'oreille gauche. D'autres exemples sont contenus dans les Pronostiques et dans le livre des Lieux du même auteur.

Tous les praticiens ont été frappés de la fréquence des flux auriculaires qui s'établissent chez les phthisiques aux second et troisième degrés de la maladie. Cette fréquence n'est pas moindre dans certaines fièvres adynamiques et dans quelques variétés de l'ataxie, et cette remarque n'a pas échappé aux auteurs.

Voici une observation où le flux d'oreille me parut un émonctoire ouvert par l'énergie vitale pour le soulagement d'une maladie qui, pendant plus de dix ans, s'était montrée rebelle à tous les remèdes.

Une dame de quarante-huit ans, que je traite en ce moment, se trouvait à Paris pour affaires à la fin de juillet 1830; elle était alors, par conséquent, dans sa trente-deuxième année, et avait ses règles depuis deux jours lorsque la fusillade commença. La frayeur qu'elle ressentit fut telle que les menstrues se supprimèrent tout-à-coup et ne purent être rappelées. Depuis cette époque, la malade est en proie à des accidents de toute sorte qui l'ont mise plusieurs fois dans le plus grand danger. Tous les remèdes ont échoué contre une affection aussi rebelle, et ce ne fut qu'en 1840 que madame X. éprouva un soulagement réel à la suite d'un flux spontané qui eut lieu par les oreilles. De nouveaux écoulements ont paru depuis à plusieurs reprises, et chaque fois ils ont été suivis d'une amélioration notable dans l'état général de la santé; mais cette amélioration cesse aussi constamment dès que les oreilles redeviennent sèches. Un exutoire a été pratiqué pour ouvrir une issue à l'humeur morbide, mais il ne remplace nullement le flux auriculaire; et c'est à rendre celui-ci permanent que tendent tous mes efforts.

Il serait inutile d'insister plus longtemps sur le diagnostic des écoulements critiques de l'oreille, que nul patricien ne saurait méconnaître; j'y reviendrai, d'ailleurs, en parlant du pronostic et du traitement.

Quant à la marche et à la durée des flux substitutifs et critiques de l'oreille, elles sont l'une et l'autre également variables. Tantôt intermittents et séparés par de longs intervalles, ces écoulements sont d'autres fois continus et ne présentent dans leur cours que de rares changements qui portent sur la quantité plus ou moins considérable de la suppuration. Les uns apparaissent quelques heures pour finir sans retour; d'autres durent aussi longtemps que la vie, et, entre ces deux termes extrêmes, on observe d'innombrables variétés.

Est-il nécessaire, après ce qui précède, de traiter du diagnostic différentiel des écoulements substitutifs et critiques de l'oreille? et trouverait-on un praticien qui pût se méprendre sur la nature et le caractère d'un flux du conduit auditif remplaçant les menstrues, les hémorrhoïdes ou une blennorrhée? Je ne le pense pas.

Je me bornerai donc, pour terminer ce qui me reste à dire sur les flux d'oreille, à établir une distinction trop souvent méconnue. On désigne chaque jour sous le nom d'otorrhée des écoulements dus à une carie, à la présence de corps étrangers dans le conduit, à une crise morbide ou à toute autre maladie. A prendre le mot *otorrhée* dans sa rigueur étymologique, on peut dire en effet de tout flux auriculaire que c'est une otorrhée. Mais, puisqu'en pathologie le mot otorrhée est consacré à la désignation d'une maladie particulière et bien caractérisée, on ne peut, sans de graves inconvénients, l'appliquer à une autre affection.

M.-E. Hubert-Valleroux, D. M. P.

Ophthalmologie.

V. Études pratiques sur l'opération de la pupille artificielle. — Suite (1).

Troisième méthode. — De *l'excision* ou *iridectomie*.

De toutes les méthodes, celle-ci est la plus avantageuse. C'est Wenzel qui le premier en a posé les règles. Guérin, de Lyon, et Reichenbach paraissent, ainsi que Janin, avoir entrevu la possibilité d'exciser l'iris pour rétablir la vision; mais les deux premiers ont laissé leur idée à l'état de projet, et Janin, qui a réellement pratiqué cette opération, n'en a point apprécié les immenses avantages. L'excision, de même que le décollement, a subi depuis Wenzel quelques modifications. Nous la pratiquons d'après le manuel opératoire dont la description suit; il est indispensable pour l'exécution de ce procédé, qui n'est qu'une modification de celui de Beer que nous décrivons plus bas, qu'une partie de la marge pupillaire soit libre, ne fût-ce que dans une étendue suffisante pour faire pénétrer l'aiguille la plus fine.

Instruments. — Si l'on opère sur le côté externe de l'œil, le couteau lancéolaire droit, une pince droite, une paire de ciseaux légèrement recourbés, suffisent à la rigueur pour l'opération. Les mêmes instruments seront très courbes sur le plat (voy. les fig. 8, 9, 10, 11 et 12 de la pl. IV), pour que la manœuvre puisse s'exécuter par-dessus le nez du malade, si l'on doit opérer du côté interne de l'œil. Les instruments courbes sont encore d'un utile usage dans tous les cas où l'œil est enfoncé

(1) Voir le numéro précédent. Voir aussi la planche IV de l'atlas qui va paraître prochainement.

dans l'orbite et dans ceux où l'ouverture palpébrale est étroite ; ils peuvent d'ailleurs toujours remplacer parfaitement les droits.

Il est cependant convenable, dans beaucoup de circonstances, de se munir d'autres instruments, dont voici la liste et l'emploi :

1° Deux élévateurs des paupières, *pleins* et suffisamment larges : ceux qui sont faits avec un simple fil de fer recourbé laissant passer la conjonctive palpébrale dans leur ouverture. Ces instruments sont destinés à écarter les paupières l'une de l'autre, et à mettre le globe complètement à découvert.

2° Une pince à mors et fermant par une simple pression. Elle sert à fixer l'œil pendant tous les temps de l'opération. On l'implante à 4 à 5 millimètres de la cornée sur la conjonctive bulbaire, et l'on essaie, par une pression convenable, de saisir, en même temps que la conjonctive, le tissu fibreux sous-jacent, pour éviter la déchirure de la muqueuse. L'aide chargé de cette pince ramène l'œil au centre de l'orbite pendant le temps de la ponction, tandis qu'il l'entraîne du côté opposé à la pupille artificielle lorsque le chirurgien ayant saisi l'iris attire cette membrane au dehors.

3° Un couteau très mousse et très étroit, destiné à l'agrandissement de la plaie de la cornée.

4° Une érigne montée sur un manche, pour aller saisir l'iris dans la chambre intérieure s'il échappe aux pinces. Le crochet qu'on emploie pour le décollement remplit parfaitement le but.

On a encore près de soi de petites éponges humides, mais ne contenant pas d'eau, pour enlever quelques gouttes de sang qui pourraient troubler la transparence de la cornée, et des linges fins pour essuyer les paupières.

Position du chirurgien, du malade et des aides. — Elle peut à la rigueur être exactement celle que nous avons décrite en parlant de la *cataracte* (v. le groupe de la planche *scléroticonyxis*) ; c'est-à-dire que le chirurgien et le patient seront assis, tandis que l'aide chargé de soutenir la tête et de relever la paupière supérieure se tiendra debout derrière le malade. Mais comme dans cette opération une immobilité parfaite de l'œil et du corps est indispensable, et qu'il est plus facile de l'obtenir lorsque le malade est couché, c'est dans cette position que je préfère pratiquer la pupille artificielle. La tête du malade est convenablement élevée sur des coussins un peu durs ; un aide la fixe en la maintenant au moyen des mains appliquées sur les tempes. L'opérateur, après s'être assuré que la lumière est convenable, soulève la paupière supérieure avec l'élévateur plein, implante la pince à ressort sur la conjonctive bulbaire du côté opposé à celui où la pupille doit être pratiquée, et confie ces deux instruments à un autre aide. Tout étant ainsi disposé, l'opération peut être facilement exécutée de la manière suivante :

Premier temps. Ponction. — Le chirurgien abaissant d'une main la paupière inférieure, s'il opère dans le bas de la cornée, et tenant le couteau lancéolaire de l'autre main, enfonce cet instrument dans la chambre antérieure et pratique sur la cornée une ouverture d'environ 5 à 6 millimètres. Pour exécuter ce premier temps, le couteau lancéolaire est approché doucement de la cornée, à 1 millimètre environ de l'insertion de cette membrane sur la sclérotique, et dans un endroit qui doit correspondre parfaitement au centre de la portion conservée de la pupille naturelle, comme cela est représenté dans la fig. 8. Placé d'abord, pendant qu'il s'enfonce dans le tissu de la cornée, dans une direction se rapprochant de la perpendiculaire par rapport à cette membrane, le couteau, dont le manche est abaissé aussitôt que la pointe a pénétré dans la chambre intérieure, se trouve alors parallèle au plan de l'iris, et s'avance jusqu'à ce que l'ouverture ait 3 millimètres ou au plus 4 millimètres d'étendue. Cela fait, le chirurgien ramène à lui l'instrument en suivant la même route, mais en appuyant sur l'un des angles de l'incision, de manière à l'agrandir de 2 à 3 millimètres encore. La figure 8 représente le moment où le couteau vient d'être introduit dans la chambre antérieure ; l'incision sera agrandie dans le mouvement que le chirurgien fera exécuter à cet instrument pour le faire sortir de la chambre antérieure. 1, couteau lancéolaire courbe ; A, tache leucomateuse couvrant un peu plus de la moitié de la pupille ; B, iris sain, vu à travers la cornée demeurée transparente ; C, partie de la pupille naturelle ; D, petite plaie faite par le couteau sur la cornée, tout près de la sclérotique.

La ponction de la cornée étant presque toujours suivie d'une opacité qui empiète sur la pupille artificielle déjà en général étroite par elle-même, je pratique souvent la ponction sur la sclérotique, à 1 millimètre et demi ou 2 millimètres de la cornée, comme cela est représenté dans la fig. 9. Je suis en cela le conseil de Bénédict et surtout celui de M. Guépin, de Nantes. Lorsqu'on fait ainsi la ponction, le couteau est dirigé de telle sorte que la sclérotique est attaquée obliquement selon son épaisseur, c'est-à-dire coupée en biseau. La pointe du couteau 1, après avoir pénétré dans la sclérotique, passe derrière la cornée et arrive en avant de l'iris B. L'incision D ne porte en aucune façon sur la cornée, de sorte que la pupille artificielle qui sera faite par l'agrandissement du reste de la pupille naturelle C aura la plus grande étendue possible, et que la cornée, n'ayant point été blessée, ne présentera point, ou tout au moins ne courra point les risques de présenter une tache à sa circonférence par le fait même de l'incision. On comprendra tout l'avantage de cette ponction sur la sclérotique dans les cas où la cornée portera déjà une tache très large A, et qu'elle n'aura conservé sa transparence que dans une petite étendue. Il n'y a aucun inconvénient à faire la ponction sur la sclérotique un peu plus grande que celle de la cornée. Aussitôt qu'elle est terminée, l'humeur aqueuse s'échappe au de-

hors, et la chambre antérieure disparaît par le rapprochement des membranes qui en constituent les parois. Un moment de repos est donné au malade si l'on n'a pas fixé l'œil avec les pinces, cas dans lequel l'opération est continuée sans interruption.

Deuxième temps. Manœuvre de la pince. — Cet instrument est introduit par la plaie dans la chambre antérieure, où il saisit l'iris et l'entraîne au dehors. Pour exécuter ce temps de l'opération avec régularité, le chirurgien a soin de diriger en haut la concavité de la pince, en sorte que les mors ne blessent point la capsule; il introduit l'instrument fermé et le pousse avec précaution jusqu'à ce qu'il soit avancé presque sur la marge pupillaire (v. fig. 10). Arrivé là, la pince est ouverte, et, sans qu'aucune pression soit exercée d'avant en arrière, on voit l'iris faire tout aussitôt une saillie entre ses branches qui sont immédiatement rapprochées. L'iris saisi par sa marge pupillaire est entraîné au dehors; l'opérateur, quand il retire l'instrument, a soin d'en faire glisser les mors sur la face concave de la cornée, en y prenant un léger point d'appui, afin de ne point léser la capsule. Quand la pince est sortie de la chambre antérieure, on continue d'entraîner l'iris, pour que la perte de substance à faire sur cette membrane porte jusque sur la partie du diaphragme qui est placée en regard de l'incision faite à la cornée ou à la sclérotique.

Ce deuxième temps, ou, pour parler plus exactement, la deuxième partie de ce deuxième temps de l'opération, est représentée dans la fig. 11. 1 fait voir la pince introduite dans la chambre antérieure, la concavité en haut; entre les branches un peu écartées on voit l'iris faisant une légère saillie. La pupille naturelle C s'agrandit déjà par le fait de l'engagement de l'iris dans la pince (comparez cette pupille avec celle de la figure précédente). L'opérateur, après avoir écarté les branches de la pince autant que la largeur de l'incision kératique le lui permet, n'a plus qu'à les rapprocher pour saisir l'iris et l'entraîner au dehors. B représente l'iris sain; A est une tache leucomateuse de la cornée.

Troisième temps. Excision de l'iris. — L'exécution de ce temps est beaucoup plus facile que celle des deux autres; le mieux, si cela est possible, est de la confier à un aide, le chirurgien ayant une main occupée par la pince, et l'autre maintenant la paupière inférieure abaissée. Si cependant on préfère exciser soi-même l'iris, on prend, de cette dernière main, une paire de ciseaux courbes, dont la concavité doit regarder en avant quand on en appliquera les branches sur la cornée, tandis que de l'autre on suit l'iris fixé par la pince, avec laquelle on ne doit exercer aucune traction sur son tissu, sous peine de le voir se déchirer à l'instant. Pour que la main qui tient les ciseaux agisse avec le plus de sûreté possible, on l'applique par sa face dorsale sur la joue du malade, le pouce et le médius sont engagés dans les anneaux de l'instrument, et l'index est allongé sous les branches des ciseaux à l'endroit où se trouve placée la vis nécessaire à leur entre-croisement. (J'ai fait souder sur mes ciseaux à pupille artificielle une petite gouttière, exprès pour donner à l'index un point d'appui solide.) On engage alors l'iris entre les branches de l'instrument, et on l'excise au ras de la plaie cornéenne ou sclérotícale.

La fig. 12 représente le temps d'excision. L'iris E est maintenu fixé par la pince 1, et entraîné au dehors sous la forme d'une petite bandelette triangulaire noirâtre, dont la base repose sur les lèvres de l'incision. Les ciseaux 2 dont la concavité est tournée en avant, sont appliqués presque sur la cornée; l'iris placé entre les branches va être excisé exactement sur la plaie cornéenne que D indique; C représente la nouvelle pupille, qui est quadrilatère et d'un noir parfait; B fait voir le reste de l'iris sain; A est une grande tache leucomateuse de la cornée.

Remarques sur les accidents qui peuvent arriver pendant l'opération par excision. — *Premier temps. Ponction.* — Ce temps de l'opération, bien que d'une exécution très facile, s'accompagne quelquefois d'accidents qu'il ne sera pas inutile de signaler.

I. *Ponction sur la cornée.* A. *Ouverture trop petite.* — Si l'on reconnaît avant de commencer le second temps de l'opération que l'ouverture est insuffisante, rien n'est plus facile que d'y remédier. On introduit dans la chambre antérieure le petit couteau mousse dont j'ai parlé plus haut, et quand on l'a fait pénétrer aussi loin que cela est nécessaire, on le retire en agrandissant la plaie, après avoir recommandé à l'aide de tenir l'œil immobile au moyen de la pince fixée sur la conjonctive bulbaire. L'ouverture trop petite de la cornée rendrait fort difficile le second temps de l'opération, en empêchant la pince de s'écarter d'une manière suffisante et de saisir une portion convenable de l'iris. Lorsque le chirurgien n'a reconnu l'insuffisance de la ponction qu'après avoir fait déjà quelques tentatives pour entraîner le diaphragme au dehors, il y a ordinairement derrière la cornée du sang échappé de l'iris, et la manœuvre avec le couteau mousse pour agrandir la plaie cornéenne est plus difficile, parce qu'on peut risquer de pénétrer dans la chambre postérieure et de blesser la capsule. Cependant, si l'on tient la lame exactement appliquée contre la cornée à mesure qu'on l'introduit derrière cette membrane, on parvient à agrandir la plaie sans accident.

B. *Ouverture trop grande.* — Cet inconvénient de la ponction est le plus souvent sans conséquence pour le résultat de l'opération. Cependant, comme il peut arriver qu'une plaie trop grande de la cornée ne se réunisse pas facilement et qu'il s'ensuive une opacité,

il est bon de ne donner à l'ouverture que l'étendue suffisante.

C. *Ouverture trop éloignée de la sclérotique.* — La pupille artificielle exécutée selon le procédé que nous avons décrit, devant s'étendre depuis la marge iridienne libre jusqu'au point le plus rapproché possible de la circonférence de la cornée, serait trop petite si la ponction n'était pas faite très près de la sclérotique. Ce serait là un inconvénient des plus graves, parce que, dans tous les cas où la cornée n'offre plus de transparence ailleurs que dans l'endroit où la première tentative a été faite, il n'est plus possible de recommencer sur un autre point. J'ai vu bon nombre d'opérés par *excision* chez lesquels la vision, qui aurait pu être bonne, était imparfaite ou presque nulle par suite de la faute que je signale ici. D'ailleurs, la cornée présentant presque toujours un peu d'opacité dans le point où elle a été blessée, il est très raisonnable de pratiquer la ponction le plus loin possible du centre de cette membrane, et même, ainsi que je le fais dans presque tous les cas, de passer les instruments à travers une plaie de la sclérotique.

D. *Ouverture plus large en dehors qu'en dedans.* — Lorsque l'humeur aqueuse s'écoule trop tôt, ce qui tient d'ordinaire à ce que le chirurgien a pressé trop fortement avec le couteau lancéolaire sur l'une des lèvres de l'incision, l'iris, venant s'appliquer avec rapidité contre la cornée, serait infailliblement blessé si l'instrument n'abandonnait promptement la chambre antérieure. Quand on ramène à soi le couteau pour éviter cette lésion du diaphragme, on n'a pas le temps de régulariser la plaie de la cornée en l'agrandissant, et l'ouverture prend exactement la forme triangulaire de la lame de l'instrument. Deux autres causes peuvent encore produire le même résultat : la première, c'est lorsque, par suite de quelques reflets de lumière sur la cornée, il n'est pas possible de suivre avec exactitude la marche de la lame dans la chambre antérieure ; la seconde, c'est quand l'opérateur, inattentif à diriger convenablement le couteau, le tient trop parallèlement par rapport à la cornée en attaquant cette membrane, dont il laboure les lamelles dans une assez grande étendue, au lieu de pénétrer tout de suite dans la chambre antérieure. Quelle que soit, au reste, la cause de l'inconvénient que je signale, les effets en sont toujours les mêmes : c'est l'impossibilité d'écarter convenablement les mors de la pince lorsqu'elle est introduite, et la difficulté d'entraîner au dehors une quantité suffisante de l'iris pour faire une pupille artificielle assez large.

II. *Ponction sur la sclérotique.* — L'ouverture trop petite ou trop grande, la blessure du corps ciliaire et de la capsule, et la division des vaisseaux de la conjonctive, sont les principaux accidents à signaler lorsqu'on pratique la ponction sur la sclérotique. Je n'ai rien à dire ici de l'ouverture trop petite ou trop grande, les inconvénients en étant les mêmes que ceux dont j'ai parlé plus haut.

A. *Blessure du corps ciliaire et de la capsule.* — Lorsqu'on ponctionne la sclérotique, l'instrument doit être poussé de manière à diviser cette membrane obliquement dans son épaisseur. Si le chirurgien a suivi une bonne direction, le couteau lancéolaire engagé dans la sclérotique, à deux millimètres environ de la cornée, passe derrière celle-ci, et, par conséquent, en avant de l'iris, sans blesser ni l'une ni l'autre de ces membranes. Pour bien faire cette ponction, il est indispensable de connaître très exactement les attaches de l'iris, afin de faire pénétrer le couteau lancéolaire dans la portion de sclérotique comprise entre ces attaches et celles de la cornée. Lorsqu'on ponctionne trop loin de cette dernière membrane, ou qu'on tient l'instrument trop perpendiculairement à la sclérotique, on pénètre dans la chambre postérieure à travers le corps ciliaire, et l'on blesse l'appareil cristallinien. Cette double blessure peut compromettre gravement les chances de succès ; des vomissements, une vive inflammation, sont la conséquence fréquente de la lésion du corps ciliaire, et une cataracte lenticulaire ou capsulo-lenticulaire suit de près l'ouverture de la capsule. Ces accidents nécessitent un traitement antiphlogistique énergique, et plus tard, si l'on parvient à éteindre l'inflammation traumatique, une opération de cataracte.

B. *Blessure des vaisseaux de la conjonctive.* — Elle est très fréquente, et même presque inévitable, quand on ponctionne la sclérotique. Cette lésion n'aurait par elle-même aucun inconvénient, s'il n'en résultait point un écoulement de sang quelquefois assez abondant pour gêner beaucoup le chirurgien, pendant la manœuvre du second temps de l'opération. On peut, il est vrai, y remédier jusqu'à un certain point en enlevant le sang au moyen d'éponges, mais cela occasionne au malade, dont l'œil est maintenu ouvert, une sensation si désagréable qu'elle n'est pas supportable pour quelques personnes, et qu'un moment de repos devient nécessaire. Un autre inconvénient plus sérieux, c'est que si l'on essaie d'aller saisir l'iris pendant que les vaisseaux divisés de la conjonctive laissent écouler le sang en abondance, il en pénètre dans la chambre antérieure au moment où les lèvres de la plaie de la cornée sont entr'ouvertes par la pince, et qu'un caillot vient souvent masquer pour quelque temps la nouvelle pupille qu'on est parvenu à faire. Dans certains cas, j'ai vu le sang fourni par la conjonctive et par l'iris s'organiser dans l'ouverture artificielle et s'opposer ainsi à l'exercice de la vision. Toutefois, je me hâte de le dire, la ponction dans la sclérotique est toujours préférable à celle qu'on fait dans la cornée, et cela pour les motifs que j'ai indiqués plus haut.

Deuxième temps. Manœuvre avec la pince.

—La blessure de la capsule, une perte de substance trop petite de l'iris, la déchirure de cette membrane dans la direction de ses attaches ciliaires à la pupille, sont les principaux accidents à noter ici.

A. *Blessure de la capsule.* — La pince doit être introduite dans la chambre antérieure, de telle sorte que les mors en touchent la cornée et qu'ils ne dépassent point la marge pupillaire. Si, au contraire, l'extrémité de l'instrument, pendant qu'elle avance dans la pupille, est dirigée vers la capsule, c'est-à-dire en arrière, il arrivera que la membrane du cristallin sera lésée et qu'il s'ensuivra inévitablement une cataracte. Rien n'est plus facile heureusement que d'éviter ce fâcheux accident, qui met le patient dans la nécessité de subir plus tard, ou même séance tenante, lorsque la blessure de la capsule est bien constatée, une seconde opération plus sérieuse que la première. Si, en effet, on se sert d'une pince courbe au lieu d'une pince droite, qu'on en tourne la concavité en avant, en prenant soin, quand elle est dans la chambre antérieure, de presser un peu sur la cornée d'arrière en avant, comme on le fait avec le crochet pour le décollement, la blessure de la capsule devient presque impossible ou du moins très difficile.

B. *Perte de substance trop petite dans l'iris.* — Cet accident peut tenir à plusieurs causes : 1° l'iris a été saisi à sa marge pupillaire dans une trop petite étendue ; 2° il n'a point été suffisamment entraîné au dehors, et s'est échappé de l'instrument ; 3° il était adhérent à la cornée ou à la capsule, et la portion de pupille demeurée libre était trop étroite.

1° Lorsque l'opérateur n'écarte pas assez les branches de la pince (circonstance qui peut tenir à ce que la ponction de la cornée est trop étroite), l'iris est saisi à sa marge dans une petite étendue, et l'on n'entraîne au dehors qu'une portion presque filiforme de cette membrane. La pupille artificielle, beaucoup trop étroite alors, ressemble à peu près à celle qu'on ferait dans le décollement en labourant l'iris avec le crochet, et ne permet pas l'accomplissement de la vision. Pour que l'iris s'engage entre les mors de la pince dans une étendue convenable, c'est-à-dire pour que la nouvelle pupille soit assez large, il est indispensable que l'écartement des branches mesure un espace de 3 à 4 millimètres (une ligne et demie à deux lignes), et que la marge pupillaire, si la disposition des parties le permet, soit saisie dans une égale étendue. On entraîne alors une portion de diaphragme assez large pour pouvoir espérer que la base de la nouvelle pupille aura une longueur égale à celle de l'incision de la cornée, c'est-à-dire cinq à six millimètres.

2° Lorsque l'iris n'est pas entraîné au dehors depuis sa marge jusqu'à ses attaches ciliaires, la perte de substance est trop petite pour que la vision s'exerce convenablement. Cela peut tenir à ce qu'on aurait saisi le diaphragme dans une si petite étendue qu'il se serait rompu pendant qu'on l'attirait vers l'incision de la cornée, ou bien à ce que le tissu du diaphragme aurait été ramolli par une inflammation chronique, ou bien encore à ce que la cornée aurait été ponctionnée trop loin de ses attaches sclérotícales. Dans ce dernier cas, il n'y a rien à faire ; au contraire, dans les deux premiers, une nouvelle introduction de la pince dans la chambre antérieure est indispensable, et l'opération pourra réussir pourvu que cette manœuvre soit faite avec le plus grand soin, la rupture de l'iris occasionnant le plus souvent un épanchement de sang dans les chambres, ce qui rend la capsule du cristallin plus difficile à éviter.

3° J'ai dit plus haut que la méthode par excision, telle que je l'ai décrite, est applicable à tous les cas dans lesquels une partie de la pupille même très petite serait demeurée libre. Cependant, lorsque cette partie conservée est excessivement étroite, il peut arriver que l'ouverture artificielle soit oblongue et d'une largeur insuffisante, si le chirurgien n'a pas prévu le cas et n'a pas légèrement modifié la manœuvre de la pince. Dans une semblable circonstance, en effet, l'extrémité des branches ne sera pas portée aussi près de la marge pupillaire que dans les cas où la pupille naturelle offre beaucoup de largeur ; l'opérateur saisira l'iris à un millimètre et demi ou deux millimètres de l'endroit où l'on aperçoit encore quelques traces de la pupille (qu'on aura eu soin de dilater par la belladone) et il en entraînera au dehors une assez grande quantité pour que l'ouverture artificielle ait une étendue suffisante. Malgré cette précaution, cependant, il arrive quelquefois qu'on fait une pupille étroite et oblongue, mais on peut l'agrandir aisément en introduisant de nouveau la pince courbe couchée sur le plat, et en saisissant l'iris près des adhérences pupillaires. Dans cette manœuvre assez délicate, pendant laquelle il faut surtout éviter la capsule, l'une des branches de la pince passe dans la chambre postérieure, tandis que l'autre demeure en avant de l'iris.

C. *Déchirure de l'iris dans la direction de ses attaches ciliaires à la pupille.* —Cet accident très commun arrive lorsque le chirurgien, après avoir introduit la pince dans la chambre antérieure, saisit l'iris depuis la marge pupillaire jusqu'à l'incision pratiquée sur la cornée ou sur la sclérotique. Pour que le diaphragme soit régulièrement entraîné au dehors, il est facile de concevoir qu'il ne doit être saisi que dans une petite étendue de sa portion libre, et que si la pince le prend dans la totalité de sa surface en regard de la ponction cornéenne, et, selon la longueur de la pupille à exécuter, il arrivera infailliblement que, dans le moment même où le chirurgien ramènera l'instrument à lui, l'iris sera déchiré près de ses attaches ciliaires, car ce point sera entraîné le premier au dehors. Du sang s'échappera alors dans la chambre anté-

rieure, et la nouvelle pupille sera masquée longtemps par des caillots.

Troisième temps. Excision de l'iris. — Ce temps de l'opération étant très facile, il est rare qu'il ne soit pas exécuté convenablement. Pourtant il peut arriver que l'excision du diaphragme n'étant pas faite assez près de la cornée, une portion de l'iris d'abord entraînée au dehors se réduise et masque ainsi une partie de la nouvelle pupille, ou bien demeure enclavé entre les lèvres de la plaie de la cornée, et occasionne une opacité de cette membrane. Dans ce troisième temps, si l'on est inattentif, la cornée peut aussi être intéressée par les ciseaux : ce sont là deux accidents qu'il suffit de signaler.

L'excision de l'iris est faite le plus généralement à travers la cornée (1). Dans cette méthode, le diaphragme est excisé *tantôt sur place, tantôt après avoir été entraîné au dehors.* Le procédé de Wenzel se rattache à la première de ces pratiques, celui de Beer à la seconde. Ils suffisent dans tous les cas où l'excision est indiquée. De nombreuses modifications ont été apportées à l'un et à l'autre, et sans un avantage bien marqué (2).

Appréciation et applications de la méthode. — L'excision est de toutes les méthodes la plus certaine; c'est celle qui offre le moins de chances à la réocclusion de la pupille par de fausses membranes. La plaie de l'iris donne ordinairement peu de sang dans la chambre antérieure, et ne produit qu'une inflammation très modérée. Celle de la cornée, dans la très grande majorité des cas, se réunit presque immédiatement, en sorte qu'on peut laisser l'œil découvert dès le troisième ou le quatrième jour. Cette opération permet de placer la pupille près du centre de la cornée, et c'est là une condition favorable à la netteté de la vision. Le procédé de Beer, modifié comme je l'ai indiqué, me paraît devoir être préféré à tous les autres quand l'état des parties en comporte l'application.

L'*excision* par le procédé de Beer est indiquée dans les cas suivants : 1° leucome central avec liberté de la pupille; 2° leucome central avec synéchie antérieure très étendue; 3° synéchie postérieure presque complète ou fausse cataracte avec liberté très limitée de la pupille (1).

(1) On a essayé de pratiquer l'iridectomie par la sclérotique. Riecke est l'inventeur de cette méthode qui ne présente aucun avantage. Il déprime le cristallin avec des ciseaux-aiguilles, forme un pli à l'iris et l'excise. Muter a essayé de pratiquer la même opération à travers la cornée et la sclérotique à la fois. Ces deux procédés sont tombés dans l'oubli.

(2) Voir, pour plus de détails, mon Traité théorique et pratique sur les maladies des yeux ; Paris, Germer-Baillière.

(1) Il convient, quand il s'agit de choisir le procédé de la pupille artificielle (tant l'excision est préférable à toutes les autres méthodes), dans les cas de synéchie antérieure ou postérieure en apparence complète, de conseiller de fréquentes instillations de belladone. On parvient souvent par ce moyen à reconnaître qu'il reste une très petite partie de la pupille. Cette partie fût-elle assez étroite pour ne recevoir qu'une pointe d'épingle, l'excision est possible et partant indiquée.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Considérations sur les affections fébriles ou maladies aiguës; par M. Camille Leroy, D. M., professeur à la Faculté des sciences de Grenoble et à l'École préparatoire de médecine de la même ville (3).

M. Camille Leroy a écrit son livre en réponse à la question suivante, proposée en 1832 par l'Académie des sciences : « Déterminer » quelles sont les altérations des organes dans » les maladies désignées sous le nom de fièvres » continues; quels sont les rapports qui exi- » stent entre les symptômes de ces maladies et » les altérations observées; — insister sur les » vues thérapeutiques qui se déduisent de ces » rapports. » Envoyé au concours pour le grand prix de médecine, ce mémoire est un des quatre dont la commission de l'Académie des sciences déclarait dans son rapport, en 1834, avoir été tellement satisfaite, qu'elle avait pensé un moment à partager le prix entre deux de ces mémoires et à mentionner honorablement les deux autres.

Ce livre, au moment où il fut composé, devançait de beaucoup les idées dominantes de l'époque. Il ne s'agissait plus, il est vrai, de juger la doctrine de l'irritation; car elle avait alors fait son temps; mais elle en avait appelé une autre à son aide, qui avait contribué à achever de la ruiner, qui lui survivait dès lors, et qui est encore plus vivace aujourd'hui que le physiologisme ne l'était en 1832, doctrine qui avait produit des résultats d'une valeur réelle et qu'il fallait cependant dégager de prétentions exagérées et d'une théorie péchant par sa base. Tel était le but du concours ouvert par l'Académie des sciences. La question, quoique résolue autant qu'elle pouvait l'être par des hommes de science et de talent, est encore restée à l'ordre du jour; aussi le livre de M. Leroy, bien que rédigé depuis une douzaine d'années, n'a-t-il point perdu de son actualité. La science des détails a sans doute progressé depuis, mais c'est précisément en marchant dans la voie que l'auteur indiquait déjà comme la seule capable de conduire au

(3) 1846.—1 vol. in-8° de 400 pages; chez Labé, 4, rue de l'École-de-Médecine.

but ; de telle sorte que les principes que M. Leroy posait alors n'avaient, à l'époque où ils furent posés, que l'avantage de répondre aux besoins d'un plus grand nombre. Ils obtinrent une distinction honorable de la part des juges éminents qui, mieux que d'autres, pouvaient juger de leur importance. Mais les circonstances n'étaient pas aussi favorables en ce qui concernait le jugement des praticiens. Aussi l'auteur a-t-il agi sagement en ne se pressant pas trop d'en appeler à eux, en se réservant pour le temps où l'anatomie pathologique, mise en péril par ses propres excès, serait forcée de reconnaître qu'elle seule ne saurait donner la solution des plus hautes questions de la pathologie. Ce temps est arrivé pour beaucoup de médecins. Il y avait donc opportunité pour l'auteur à publier son livre, un des meilleurs que la province ait produits depuis plusieurs années et qui ne saurait manquer de s'attirer les suffrages de tous les lecteurs. Ceux qui chancellent encore dans leurs convictions y trouveront des motifs puissants de répudier les idées erronées introduites dans ces derniers temps relativement au rôle que jouent les altérations organiques, particulièrement celles de l'intestin, dans les fièvres dites typhoïdes.

Au temps où ce travail a été écrit, il y avait avant tout une question préalable que l'auteur se pose ainsi dans son introduction : « Les fièvres existent-elles réellement comme espèces morbides spéciales, ou ne sont-elles que le résultat d'altérations organiques plus ou moins bien observées jusqu'à ce jour ? Dépendent-elles toutes de phlegmasies déterminées, ou bien renferment-elles d'autres éléments pathologiques indépendants de ces phlegmasies ? Rencontre-t-on dans certaines d'entre elles un caractère propre qui justifie leur distinction, ou leur mécanisme ne diffère-t-il en rien de celui de nos diverses affections locales ? » M. Leroy, après avoir accordé que beaucoup d'affections désignées et décrites comme fièvres se rattachent à des phlegmasies locales, après avoir même fait à la gastro-entérite des concessions sur lesquelles il retrancherait sans doute quelque chose aujourd'hui, combat la doctrine de la localisation des fièvres par deux arguments péremptoires. Le premier est tiré de l'ordre de succession des phénomènes : « Ne voit-on jamais, dit M. Leroy, de désordres, de troubles généraux qui, au lieu de succéder à des lésions locales, les précèdent et les déterminent même par l'effet d'une concentration morbide sur quelques points particuliers de l'organisme ? c'est ce que cette école conteste, et c'est en quoi nous la croyons dans l'erreur. Trop d'exemples sont là pour prouver qu'il est des cas où une perturbation de la plupart des fonctions, un trouble général, une rupture d'équilibre dans l'économie, constituent tout le mal premier, décelant ainsi une lésion d'une nature particulière, indépendante de toute affection locale appréciable, de toute phlegmasie déterminée, et à tel point que si ces dernières viennent à se manifester, ce ne sera qu'à la suite de cette perturbation, de ce trouble, de cette rupture d'équilibre qui, ainsi, en seront les causes au lieu d'en dépendre. » Voilà, selon lui, des caractères qui suffisent pour faire admettre les fièvres idiopathiques.

Mais ces caractères ne s'appliquent pas seulement à ces fièvres ; on les retrouve même dans d'autres affections, dans les phlegmasies. En voici des exemples que l'auteur prend parmi les résultats de l'observation la plus journalière. « Un homme se livre à une course pénible et qui excède ses forces : des lassitudes spontanées se déclarent ; un frisson général le saisit, il éprouve un malaise plus ou moins vague ; bientôt réaction : chaleur, agitation, céphalalgie, fièvre, insomnie, et le lendemain tous les symptômes de l'embarras gastrique. Qui a ouvert ici la scène ? Est-ce l'irritation des organes digestifs ? Non : car, loin d'avoir provoqué les phénomènes observés, elle n'en est que le terme ; et la preuve de l'indépendance de ces phénomènes par rapport à cette irritation, c'est que la plupart disparaissent souvent à mesure qu'elle s'établit, tandis qu'ils devraient s'accroître s'ils en dépendaient. » Ne voit-on pas également l'angine, la bronchite, ne se déclarer bien souvent qu'après un, deux ou trois jours de frisson, de malaise, de lassitude, de céphalalgie, de chaleur, c'est-à-dire seulement à travers un état fébrile plus ou moins violent, lequel constitue lui-même le mal primitif comme succédant directement à la cause morbide ?

Cette argumentation de l'auteur diminue singulièrement l'importance que l'on a attachée aux altérations des organes, soit dans les fièvres continues, soit dans les phlegmasies, puisque même dans ces dernières la localisation n'est que consécutive ; mais comme celles-ci constituent des affections bien distinctes de fièvres proprement dites, le premier argument tiré par l'auteur de la préexistence d'un trouble fonctionnel général ne saurait suffire à lui seul pour caractériser des fièvres idiopathiques.

Le second, qui est beaucoup plus décisif, se tire du mode d'action des causes morbides. — Rien, il est vrai, de plus obscur que l'étiologie des maladies ; mais, sans prétendre en soulever les voiles, n'est-il pas possible d'en tirer quelques inductions claires relativement à la manière dont les causes agissent sur nous ? Or, dans la doctrine qui a en vue de rattacher toutes les maladies fébriles à la gastro-entérite, on cherche à prouver qu'elles portent presque toujours leur influence fâcheuse sur les organes où elles s'appliquent, et particulièrement sur le système digestif. Mais, d'abord, ces causes nous pénètrent par bien d'autres voies que les organes digestifs. Il faut bien compter aussi pour quelque chose la peau et les organes pulmonaires. Et ce dont il faut surtout tenir compte, c'est de la manière dont ces causes morbides nous affectent, quelle que soit d'ailleurs la voie d'introduction. Ce n'est

pas le plus souvent en irritant ou lésant spécialement les surfaces cutanée, pulmonaire ou digestive, qu'elles déterminent en nous les maladies; un grand nombre de ces causes portent plus loin leur funeste pouvoir. Si les unes agissent directement, plusieurs étendent ailleurs leur influence, et, dans ce dernier cas, au lieu d'affecter l'organe qu'elles impressionnent d'abord, elles ne font que le traverser pour résoudre leur action sur des parties plus ou moins profondes ou éloignées. Tel est le mode d'action de la plupart des substances toxiques et des agents thérapeutiques. On ne saurait concevoir autrement les accidents plus ou moins graves suscités par les gaz délétères; les effluves miasmatiques, la plupart des principes contagieux d'infections ou épidémiques, les vicissitudes atmosphériques. Si leur action se bornait à celles qu'ils produisent immédiatement, cette action serait peut-être nulle et sans importance; mais c'est parce qu'elle s'étend à des systèmes plus délicats, plus susceptibles ou plus influents dans la vie qu'elle est sérieuse. « La fièvre existe alors, dit M. Leroy, non produite, comme précédemment, par une action locale de la cause morbide, mais primitive, mais antérieure à toute localisation appréciable, à toute altération phlegmasique succédant immédiatement à l'action de la cause morbide, et capable, par son intensité, de déterminer ces congestions, ces fluxions diverses, qui, loin d'être, comme on le prétend, les mobiles qui l'excitent, n'en sont, dans ce cas, que la suite ou la conséquence. »

Après avoir ainsi établi les caractères essentiels des fièvres idiopathiques, M. Leroy passe au rôle que jouent les altérations organiques dans les fièvres.

Existe-t-il constamment des altérations organiques dans les maladies appelées fièvres continues? Non-seulement, répond l'auteur, ces altérations manquent quelquefois entièrement, mais dans une foule de circonstances, tout en existant, elles sont bien loin d'être proportionnelles aux désordres observés pendant la vie. Or, ces lésions que sont-elles? Ici M. Leroy attribue avec raison aux modernes l'honneur d'avoir bien précisé ces altérations, qui sont, en première ligne, celles du tube digestif et celles de l'encéphale; mais il cesse d'être d'accord avec eux lorsqu'il s'agit d'apprécier l'importance relative de ces deux ordres d'altérations. Pour lui, les symptômes gastro-intestinaux sont d'un ordre tout-à-fait secondaire. A l'exception peut-être de cette espèce de phlegmasie qu'on a distinguée sous les noms d'entérite folliculeuse, de fièvre entéro-mésentérique, de dothinentérite, les autres formes d'entérite sont loin d'être constantes dans les fièvres continues, et on les retrouve d'ailleurs en complication avec d'autres affections tout-à-fait différentes des phlegmasies. Reste donc l'altération des plaques de Peyer, dont on a fait le caractère anatomique spécial de la fièvre typhoïde. M. Leroy la considère encore, malgré sa constance, comme une lésion consécutive, mais d'une importance plus grande toutefois que celle des lésions précédentes, car elle est la cause principale des phénomènes adynamiques.

M. Leroy fait aux lésions et aux altérations du système nerveux une part d'influence beaucoup plus grande que ne le font les pathologistes de nos jours. La raison de cette divergence d'appréciation est toute simple. L'école actuelle ne cherchait que des altérations anatomiques; celles de l'intestin étaient de nature à la satisfaire, et elle s'en est contentée. Force lui a bien été pourtant quelquefois de se préoccuper un peu des phénomènes nerveux, ne fût-ce qu'au lit du malade; mais il lui fallait alors un appareil imposant de symptômes ataxiques pour admettre une affection du système nerveux. Cependant il n'est guère d'état fébrile un peu aigu, dit M. Leroy, dans lequel on ne trouve un certain nombre de phénomènes attestant, plus qu'on ne le croit généralement, l'intervention pathologique du centre cérébral, non-seulement considéré comme simplement troublé dans ses fonctions, mais comme déjà atteint d'un commencement de fatigue, d'irritation, de congestion plus ou moins semblable à celui où la réaction place la muqueuse gastro-intestinale. Pourquoi tient-on si peu compte de ces désordres fonctionnels si communs dans les fièvres typhoïdes? c'est que ce sont précisément eux qui après la mort offrent le moins d'altérations déterminées, de sorte qu'il n'y a pas de symptômes nerveux qui ne puissent se manifester sans traces appréciables dans le cerveau et dans ses dépendances. L'école physiologique a objecté, il est vrai, que la plupart sont des phénomènes sympathiques de l'irritation de la muqueuse digestive; mais voilà justement ce que l'auteur conteste pour un grand nombre de cas; car, dans beaucoup d'affections où on les rencontre, loin de naître à la suite des symptômes gastriques, ils apparaissent en même temps, s'ils ne les précèdent pas. De ces considérations M. Leroy se croit en droit de conclure que le système nerveux est le siége de désordres très constants et très marqués dans un grand nombre de fièvres continues.

En résumé, M. Leroy a prouvé contre l'école physiologique et contre la doctrine de la localisation, encore actuellement régnante, qu'il existe des maladies qui, au lieu de débuter par une altération de tissu, commencent par l'affection, par la lésion fonctionnelle des systèmes généraux. Les seules maladies qui lui paraissent, à ce titre, devoir être conservées sous la dénomination de fièvres, sont les inflammatoires, les fièvres typhoïdes, les pestilentielles, les éruptives, et enfin les fièvres intermittentes. Ajouterons-nous que les études analytiques faites sur le sang, dans les deux ordres de maladies que M. Leroy avait déjà si bien su différencier, les fièvres et les phlegmasies, n'ont fait que confirmer les données que lui avait fournies la seule analyse des symptômes et des phénomènes pathologiques. Voilà des résultats qui, à l'époque où l'auteur

les obtenait, attestaient un esprit et un jugement des plus éclairés. M. Leroy devançait sur ce point la plupart de ses contemporains, de sorte que les vues ingénieuses qu'il expose dans son livre auront encore pour beaucoup de lecteurs le mérite de la nouveauté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveaux éléments d'hygiène; par Ch. LONDE, membre de l'Académie royale de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.; 3e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 2 forts vol. in-8°; à Paris, chez J.-B. Baillière, 1847. — Il a été donné, dans notre n° d'octobre 1838, une analyse de la seconde édition de cet ouvrage, qui nous dispense d'y revenir avec détail à propos de la troisième. Celle-ci, toutefois, diffère notablement des précédentes. De 1838 à 1846, la physiologie et les sciences accessoires de la médecine sur lesquelles se base plus spécialement l'hygiène ont fait de notables progrès. Pour n'en citer que quelques-uns, il y a eu, dit l'auteur, à tenir compte, dans l'appareil de l'hygiène locomoteur, des travaux physiologiques de Müller et des frères Weber; dans l'hygiène des organes digestifs, à résumer les curieuses observations de M. Chossat; à analyser, pour les principes immédiats des aliments, les expériences de M. Blondlot, si fécondes en applications hygiéniques; celles de MM. Bouchardat, Sandras, Mialhe, Bernard (de Villefranche) et Bareswil sur le même sujet; le rapport de M. Magendie sur la gélatine; pour tout ce qui concerne l'hygiène de l'appareil respiratoire, il y avait à s'inspirer des beaux travaux de MM. Dumas et Boussingault, du remarquable mémoire de M. Poumet (d'Orléans), à étudier avec soin les savants articles et thèses publiés par M. Guérard sur l'hygiène et la physique médicale, etc., etc. — Cette édition diffère encore plus de la seconde que celle-ci ne différait de la première. M. Londe en a fait disparaître beaucoup d'erreurs contenues dans les éditions précédentes, et y a fait de nombreuses additions. Nous lui ferons toutefois, à propos du plan qu'il a conservé, le même reproche qui lui a été fait lors de la précédente édition. L'hygiène s'y trouve étudiée sous un point de vue trop essentiellement localisateur: ici c'est l'hygiène de l'appareil digestif qu'il étudie, là c'est celle de l'appareil respiratoire, et, plongé dans son sujet, l'auteur ne voit rien au delà; ce qui fait de son livre plutôt un recueil complet de mémoires séparés qu'un traité dont les différentes parties se relient par des rapports naturels et indispensables à bien connaître pour se faire une vue d'ensemble. C'est là le seul défaut un peu grave que nous voyions dans l'ouvrage de M. Londe, sauf peut-être la persistance de sa foi dans le système phrénologique; mais il n'y a pas là grand inconvénient pour le lecteur. C'est une sorte de roman dont l'auteur ne laisse pas que de tirer des applications pratiques pleines d'intérêt. En somme, l'ouvrage de M. Londe est encore le livre le plus classique que nous possédions sur l'hygiène. C'est le livre le plus complet; c'est même le seul qui puisse initier les élèves à l'étude de cette branche des connaissances médicales sur lesquelles roulent leurs épreuves, le seul que les praticiens trouveront propre à leur apprendre quelque chose d'utile.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes; par F. BOUISSON, professeur à la Faculté de Montpellier (suite et fin). — On sait combien sont fréquentes les tumeurs syphilitiques de la langue. Les praticiens ne voient dans cette affection qu'un des effets que la syphilis exerce collectivement sur les parties qui avoisinent l'isthme du gosier. M. Bouisson pense, au contraire, que l'origine réelle de ces tumeurs est dans le tissu musculaire dense de l'organe. Ainsi, dit-il, pour peu que l'on examine avec attention l'aspect général, le mode de déformation de la langue, la profondeur et la sensibilité insolites de la tumeur qui s'y manifeste, la gêne que cause sa présence et les difficultés qui en résultent pour l'exercice de la parole ou des autres fonctions auxquelles la langue participe, on se convainc bientôt que ce genre d'altération diffère beaucoup des engorgements superficiels subjacents à des ulcérations, ou des excroissances dont la tumeur linguale peut être le siége. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les détails qu'il donne sur le diagnostic différentiel des diverses tumeurs dont il s'agit ici. Mais ce que nous en avons dit suffira pour appeler l'attention sur ce point de pratique. M. Bouisson cite à l'appui de ses idées deux observations qui prouvent en même temps l'efficacité du muriate d'or et des pilules résolutives contre les tumeurs syphilitiques de la langue. Les pilules qu'il désigne sous la qualification de résolutives et dont il a souvent obtenu de très bons effets, sont composées de calomel 3 centigrammes, extrait de jusquiame 3 centigr., extrait de saponaire 3 centigr., savon médicinal 1 décigr.

Les lèvres partagent avec la langue, quoiqu'à un degré un peu moindre, la disposition anatomique qui permet un développement facile aux tumeurs de nature syphilitique. En effet, l'élément musculaire y domine encore les autres, et les tumeurs de ce genre débutent d'ailleurs le plus souvent par le centre de la lèvre. C'est ce développement au centre de la lèvre qui les différencie des engorgements subjacents à un chancre primitif de leur membrane muqueuse, ainsi que du cancer labial.

Le diagnostic n'est cependant pas toujours très aisé ; c'est ce qui fait que M. Bouisson pose en principe que, dans les cas douteux, le plus sage est de commencer par un traitement antisyphilitique.

Le voile du palais se trouve à divers égards dans les mêmes conditions que les lèvres : il peut être le siége de tumeurs vénériennes développées dans son tissu central qui est fibro-musculaire, et cela sans qu'il y ait eu d'ulcérations à la muqueuse. L'auteur a observé un cas de ce genre. Enfin, les muscles du larynx peuvent aussi être envahis par l'affection syphilitique.

Les causes, les symptômes et la marche de la maladie qui nous occupe se sont trouvés suffisamment exposés dans ce que nous en avons dit précédemment pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici. Quant à leur traitement, c'est celui qui convient à la période tertiaire de la syphilis. Si le mercure n'a pas encore été employé, on doit y avoir recours, surtout lorsque la constitution des sujets n'est pas trop détériorée. Mais si le malade en a fait usage d'une manière infructueuse, il vaut mieux employer les préparations d'or ou bien l'iodure de potassium. On adjoindra les boissons dites sudorifiques à l'emploi du médicament principal. On aura recours, en outre, aux divers médicaments qui ont pour but d'activer le système absorbant. Quelques moyens locaux peuvent se trouver indiqués. Telles sont l'ouverture de la tumeur si elle est fluctuante, les frictions avec des pommades iodurées, l'application du vésicatoire, de l'emplâtre de Vigo ou des douches hydrosulfureuses.

Note sur les ophthalmies dites intermittentes ; par M. le docteur TAVIGNOT. — C'est bien à tort, dit M. Tavignot, que les auteurs, ayant voulu établir comme réelle l'intermittence dans les phlegmasies, ont principalement choisi pour exemple une forme particulière d'ophthalmie qui présente, en effet, dans sa marche quelque chose d'analogue au *type* périodique, et dans ses caractères anatomo-physiologiques des rapports assez directs avec les inflammations ordinaires des yeux. Or, pour M. Tavignot, l'ophthalmie dite intermittente est bien dans quelques cas une affection franchement périodique, mais ce n'est jamais une ophthalmie proprement dite.

L'ophthalmie intermittente des auteurs peut être considérée comme composée de deux éléments : l'élément sanguin et l'élément nerveux. En analysant avec soin toutes les observations qui ont été publiées, on reconnaîtra aisément deux choses : la première est que l'inflammation n'a pour caractère qu'une congestion plus ou moins profonde de la conjonctive oculo-palpébrale, et de la partie antérieure de la sclérotique ; la seconde, qu'il existe des douleurs excessivement vives dans le fond de l'orbite, s'irradiant dans le front, la tempe, etc., en même temps que l'on rencontre de l'épiphora, de la photophobie.

Il y a donc déjà à signaler le défaut de corrélation entre la gravité de l'élément phlegmasique et l'intensité des douleurs, ce qui n'a pas lieu dans les inflammations. Mais il y a plus, les lésions anatomiques de l'ophthalmie ordinaire sont loin de donner naissance aux mêmes perturbations fonctionnelles du côté du système nerveux. Dans celle-ci, les caractères matériels de l'inflammation précèdent dans leurs développements tous les autres symptômes, tels que les douleurs intra et extra-orbitaires, photophobie, épiphora. Dans l'ophthalmie intermittente, au contraire, les caractères matériels de l'inflammation, ou plutôt de l'état congestif, n'apparaissent qu'après les troubles fonctionnels indiqués plus haut ; la lésion nerveuse est l'affection primitive et principale ; la congestion des parties vasculaires est chose toute secondaire. Il paraît dès lors rigoureusement rationnel à M. Tavignot de faire rentrer la prétendue ophthalmie intermittente dans le cadre des névralgies de la cinquième paire. (10 *octobre* 1846.)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Essai sur le traitement du pannus par l'inoculation du pus blennorrhagique ; par le docteur A.-B. STOUT, de New-York. Le professeur Jæger, de l'Académie Joséphine de Vienne, prétend avoir découvert cette nouvelle et singulière méthode de traitement dès 1812, alors qu'il était encore aide du professeur Beer à l'hôpital général de Vienne. Il paraît cependant qu'il l'a lui-même longtemps négligée depuis. C'est le docteur Piringer qui a tiré cette découverte de l'oubli où son auteur l'avait laissée tomber. M. Piringer fit son premier essai à l'hôpital général de Vienne, dans la clinique du professeur V. Rosas. Le second cas rapporté par lui est du mois d'août 1829, dans son hôpital à Gratz. Depuis, il a pu compter 14 cas de restauration de la vue par cette méthode. Le nombre total des cas qu'il a traités s'élève à 61, dont 2 seulement n'ont pas été couronnés de succès.

L'inoculation du pus blennorrhagique a été faite jusqu'à cinq fois sur le même individu et sans le moindre inconvénient. Dans le cas dont il s'agit ici, le pannus fut guéri, mais la disparition de ce dernier démasqua une désorganisation interne de l'œil qui priva le malade du bénéfice de la guérison du mal extérieur. Le professeur Jæger a communiqué à l'auteur de cet article le tableau statistique de sa propre expérience. Sur 84 cas de pannus qu'il a traités, il a eu 79 guérisons et seulement 5 insuccès. Dans 6 de ces cas il n'y avait qu'un œil d'affecté. Dans tous les autres les deux yeux étaient atteints à différents degrés du pannus. La durée du mal était de 4 à 6 années.

Le seul mucus employé fut celui de l'ophthalmie des nouveau-nés terminée par une issue favorable. La durée du traitement alla à six semaines.

On choisit pour l'opération le pannus purement catarrhal, exempt de toute complication scrofuleuse ou herpétique. L'œil doit être éga-

lement dégagé de toute autre complication anormale. Le manque de réussite du traitement des trois premiers et des cinq seconds cas mentionnés plus haut doit être attribué à l'amaurose, découverte après le retour des deux cornées à leur état transparent. L'insuccès des deux autres cas fut dû au caractère scrofuleux du pannus et à l'ulcération consécutive de la cornée.

Dans tous les cas, on n'inocula qu'un œil; l'autre œil fut invariablement affecté par l'effet de la sympathie, lorsqu'il se trouva pannotique.

Pour obtenir la guérison, il faut que l'inflammation excitée soit une véritable blennorrhée ophthalmique, comprenant toute la surface de la conjonctive; car si la blennorrhée reste limitée, bien qu'elle puisse guérir une inflammation chronique ou contribuer à faire disparaître les granulations, elle ne suffit pas pour enlever le pannus, et il faut alors recourir à une autre inoculation.

La blennorrhée est beaucoup moins violente lorsqu'elle est inoculée dans un œil pannotique que lorsqu'elle l'est dans un œil sain. Elle est souvent très légère, et laisse en dix ou quatorze jours la cornée parfaitement pure et transparente. Elle ne cause jamais les effets désastreux qui arrivent souvent lorsque la blennorrhée simple ou la matière gonorrhéique est introduite dans un œil sain, comme la rupture, la suppuration et l'évacuation du globe. Il faut aussi, pour que le succès soit entier, que le pannus soit général et qu'il couvre toute la cornée; si une partie de celle-ci est restée transparente, cette partie devient opaque par le fait de l'excitation blennorrhéique. Si le pannus est compliqué de leucoma ou d'opacité de la cornée, l'inoculation n'enlève que le pannus et laisse intactes les autres complications, si même il ne les augmente. Enfin, si le pannus est très ancien, s'il dépasse la durée de six années, par exemple, la faculté visuelle de la rétine a dû s'altérer par une si longue absence de tout exercice; alors, bien que l'inoculation rende à l'œil sa transparence, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle lui rende la vision. Cependant l'auteur pense que l'on peut encore espérer du bénéfice de l'inoculation; car il n'est pas impossible que la stimulation produite par la lumière sur la rétine ne rétablisse à la longue celle-ci dans ses fonctions.

Si, lorsque la cornée a recouvré sa transparence, on vient à découvrir dans ses milieux des altérations organiques telles que la cataracte, l'oblitération de la pupille, ou des adhérences de l'iris, l'inoculation n'empêche en rien de faire les opérations indiquées pour leur guérison.

La raison qui fait que l'on doit s'abstenir de l'inoculation chez les individus scrofuleux ou cachectiques, c'est la tendance très grande de l'œil à s'enflammer vivement à l'occasion de l'excitation la plus légère; l'inoculation serait pour eux un remède trop violent.

L'inoculation pratiquée sur un œil pannotique guérit l'autre par sympathie, avons-nous dit; ainsi on doit se borner à une seule. Si un des yeux n'est pas pannotique, il n'a rien à craindre de l'inoculation pratiquée sur son congénère; les effets en sont nuls pour lui. Mais si l'on venait à l'inoculer accidentellement, il faudrait s'attendre aux résultats les plus désastreux dont la conséquence serait l'évacuation du globe de l'œil, et sans que le traitement le plus actif pût les conjurer.

Comme la blennorrhée inoculée dans les yeux pannotiques atteint souvent un degré très intense, il vaut mieux, si cela est possible, employer la matière d'une légère blennorrhée de second degré; on n'emploiera jamais celle d'un œil qui ait déjà souffert d'une ulcération destructive de la cornée.

Lorsqu'à la suite d'une longue blennorrhée chronique, il s'est produit dans la conjonctive des changements organiques, des excroissances de chair, des sarcomes, des granulations dures ou des épaississements durs et secs de la conjonctive, l'inoculation est impuissante à remettre toutes les parties dans leur état naturel.

Enfin, sur les tempéraments vigoureux, sujets à de fréquentes et rapides blennorrhées qui les empêchent souvent de vaquer à leurs affaires, l'inoculation peut effectuer la guérison de cette disposition inflammatoire; mais il ne faut l'employer que pour ces sortes de tempéraments. (*Septembre* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur un cas d'insufflation prolongée et suivie du rappel à la vie chez un enfant né dans l'état de mort apparente; par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe. — Lorsque les nouveau-nés ne respirent pas et n'ont pas les battements du cœur très sensibles, il arrive d'ordinaire qu'on les abandonne comme définitivement morts, après des tentatives qui ne durent pas plus de quelques minutes. M. Depaul, ancien chef de clinique de M. Paul Dubois, a cependant publié des observations qui ne permettent pas de douter qu'un très grand nombre d'enfants n'aient ainsi péri faute de persévérance dans les secours qu'on leur a apportés. Le cas observé par M. Valleix vient à l'appui de cette opinion et appelle vivement l'attention des accoucheurs sur ce point.

Il s'agit, dans ce cas intéressant, d'un fœtus mis au monde après un travail très long et qu'il avait fallu hâter par l'administration de l'ergot de seigle. L'enfant arriva avec le cordon autour du cou; il en fut immédiatement débarrassé. Il était immobile et il n'y avait pas le plus petit mouvement respiratoire. M. Valleix coupa le cordon, et, comme la face et les extrémités étaient livides, il crut devoir laisser couler un peu de sang; ce sang sortit en bavant; il était très noir; il ne résulta aucun avantage de son écoulement. On lia le cordon.

Pour éviter les longueurs, nous ne décrirons pas l'état de l'enfant, que l'auteur n'a

cru pouvoir mieux comparer qu'à celui de certains cadavres de nouveau-nés après la cessation complète de la rigidité cadavérique. Cet état parut tel à M. Valleix, que, laissant de côté les moyens accessoires, il s'empressa de recourir à l'insufflation. Après s'être assuré que les voies aériennes étaient parfaitement libres, il plaça un linge fin sur la bouche de l'enfant et, lui pinçant le nez, il insuffla l'air de bouche à bouche, soufflant et pressant la base de la poitrine alternativement, de manière à imiter autant que possible la respiration. Les insufflations furent multipliées de manière à en faire environ 60 par minute.

Au bout de 15 minutes de durée de ces insufflations, on commença à entendre par intervalles des bruits du cœur faibles, mais très éloignés; 5 minutes après, ces battements devinrent plus distincts; il n'y avait cependant pas encore de mouvements respiratoires. Ce ne fut qu'après 5 autres minutes, c'est-à-dire 25 minutes environ après la première insufflation, qu'il y eut une inspiration forte, avec soulèvement des épaules, et un bruit semblable à un sanglot; puis l'enfant retomba dans son immobilité. Au bout de deux ou trois minutes, il y eut une nouvelle inspiration singultueuse, suivie de la même immobilité. Il y avait 35 minutes que durait l'insufflation, lorsque cette espèce de sanglot commença à être suivi de trois ou quatre inspirations faibles et précipitées; mais l'immobilité revenait toujours, et après 50 minutes la respiration n'était pas encore rétablie, quoique le teint se fût éclairci, que les yeux se fussent entr'ouverts et qu'un léger mouvement eût apparu dans les membres. M. Valleix s'aperçut alors qu'en saisissant le moment des inspirations, bien qu'elles fussent presque insensibles, il ranimait plus efficacement les mouvements respiratoires. Il parvint enfin, après une heure entière de ces efforts persévérants, à établir parfaitement la respiration, à amener des cris. Il était dix heures du soir.

Le lendemain, vers midi, M. Valleix fut rappelé en toute hâte : il était survenu des convulsions; la respiration s'était plusieurs fois arrêtée depuis deux heures; la garde avait essayé l'insufflation, mais selon toute apparence n'avait pas réussi. M. Valleix, qui ne s'attendait à rien de semblable, ne s'était pas muni d'un tube de Chaussier, et à cette occasion il recommande aux praticiens de s'en munir dans tous les cas d'accouchements difficiles. Il pratiqua donc l'insufflation de bouche à bouche comme la veille, et il eut bientôt amené l'enfant à un état aussi satisfaisant que la veille.

Malheureusement les convulsions revinrent au moment où on avait voulu faire boire l'enfant, et sur les cinq heures du soir M. Valleix retrouva l'enfant sans respiration à la suite d'une de ces attaques. La respiration se rétablit très bien encore à l'aide du tube de Chaussier; mais, retirait-on l'instrument, les convulsions revenaient et par suite l'asphyxie. Bientôt les voies aériennes s'engorgèrent de mucosités et les insufflations n'eurent plus d'autre résultat que de prolonger en quelque sorte artificiellement l'existence, et l'enfant succomba à dix heures et demie du soir, 35 heures 1/2 après l'accouchement.

M. Valleix pense que l'asphyxie, chez cet enfant, était due à la présence du cordon autour du cou, à son aplatissement, qui avait dû être assez fort dans une certaine étendue pour que la circulation s'y interrompît; il en était résulté une stupéfaction complète des organes par le sang veineux, et, bien qu'on eût mis plus tard l'enfant dans l'état de respirer librement, les organes avaient été trop longtemps abreuvés de sang noir; le système nerveux s'en était trouvé si profondément altéré que l'existence était à chaque instant menacée. De là des convulsions suivies de syncopes. L'autopsie n'a pu être faite.

Cette mort, au bout de trente-cinq heures, ne prouve rien contre l'insufflation; car sans celle-ci elle eût eu lieu beaucoup plus tôt. Ce qui ressort au contraire de ce fait, c'est qu'il faut continuer les insufflations avec persévérance et ne pas s'arrêter au bout de trois, quatre, dix minutes au plus, comme on le fait ordinairement. (*Octobre* 1846.)

Nouveaux faits touchant l'emploi thérapeutique du calomel à doses fractionnées; par M. Mazade, D. M. P., d'Anduze (Gard). — Les essais auxquels l'auteur s'est livré ne datent que depuis l'époque où M. Duclos a appelé l'attention des médecins sur les succès récemment obtenus par M. Trousseau à l'aide de cette méthode (1). Elle a fourni à M. Mazade les résultats les plus heureux.

Il a d'abord obtenu sous son influence la terminaison heureuse de *symptômes cérébraux* très graves. Il prescrivit 5 centigr. de calomel divisés en 24 paquets, dont 1 paquet fut donné d'heure en heure. Cette faible dose de calomel produisit cependant les effets les plus incontestables, le gonflement des gencives, l'éruption diphthéritique de la muqueuse buccale, l'augmentation du flux salivaire et des évacuations alvines. Aussitôt que l'action physiologique de cette médication se manifesta, les symptômes cérébraux graves se modifièrent d'une manière aussi prompte qu'heureuse et disparurent bientôt complètement.

La seconde observation est relative à un *érysipèle de la face, accompagné d'accidents cérébraux graves*. Un traitement antiphlogistique énergique resta complètement impuissant. Dès le troisième jour de l'emploi du calomel à doses fractionnées, les phénomènes nerveux s'amendèrent, ainsi que la phlegmasie cutanée, et le malade fut bientôt guéri.

M. Mazade a ensuite guéri par le même moyen une iritis que la saignée n'avait nullement amendée, puis une affection rhumatismale des parois abdominales. Mais le cas le plus intéressant qu'il rapporte est celui d'une métro-péritonite très grave. Ici, toutefois,

(1) Voyez notre n° de novembre dernier.

il faut le dire, il ne s'agit plus guère du calomel à doses fractionnées. L'auteur, ne trouvant pas cette méthode suffisamment sanctionnée par l'expérience, ne crut pas devoir l'employer exclusivement dans un cas aussi grave. Il lui préféra l'emploi simultané du calomel et des frictions mercurielles à des proportions très élevées. Le calomel fut donné à la dose de 10 centigrammes toutes les deux heures. M. Serre, de Montpellier, appelé en consultation, approuva ce mode de traitement. Après deux jours d'application d'une médication aussi active, tout signe de phlegmasie abdominale avait disparu. Il survint ensuite des symptômes ataxo-adynamiques qui purent bien être l'effet d'une intoxication mercurielle. Mais ils se dissipèrent rapidement, et la malade guérit. (*Ibid.*)

De l'emploi du tartre stibié à doses très réfractées dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. E. Bernardeau, D. M. P., de Tours.—L'auteur de cette note a publié sur la phthisie une monographie dont nous avons rendu compte en son temps (1). Les recherches qu'il a poursuivies depuis sur la thérapeutique de cette terrible maladie l'ont conduit à signaler, d'abord en passant, l'utilité du chlorure de sodium. Il ordonne à ses malades tuberculeux d'employer à leur repas le double de la quantité de sel marin qu'ils employaient avant le traitement; ils s'y habituent facilement et s'en trouvent très bien. On sait que c'est M. A. Latour qui a parlé le premier de l'utilité du sel marin chez les phthisiques. Mais il ne paraît pas avoir poursuivi personnellement ses premières expériences.

Quant à l'usage extérieur du tartre stibié, M. Bernardeau le croit éminemment propre à favoriser l'évacuation de la matière tuberculeuse, soit par évacuation, soit par absorption. Mais on n'obtient ce résultat qu'à l'aide de la tolérance. Pour y arriver, M. Bernardeau fractionne d'autant plus le tartrate antimonié de potasse, la quantité d'eau ou de vin restant la même, que les évacuations sont plus abondantes. Voici comment il procède : il ordonne 5 centigr. du médicament dans 90 grammes d'eau; on ajoute chaque jour une cuillerée de cette solution à un litre d'eau ou de vin à prendre dans la journée aux repas; si, dans les premiers jours, un ou deux vomissements ont eu lieu pour ne plus reparaître, il prescrit au bout de dix à douze jours comme ci-dessus. S'il s'est déclaré de la diarrhée, et qu'elle existe encore au moment où le malade a fini sa première solution, il attend que le cours du ventre ait disparu pour ordonner de nouveau l'émétique, et il l'étend dans une plus grande quantité de véhicule; par exemple vingt litres pour vingt jours, la dose de tartre restant 5 centigr.

La seule objection sérieuse que l'on pourrait faire à l'auteur, selon son propre aveu, c'est que ses résultats ne datent que d'une année. Mais les malades qui ont eu recours à ce traitement, bien que quelques-uns fussent à la troisième période, ne sont pas morts; ils ne toussent plus, et leur fièvre hectique symptomatique a disparu. M. Bernardeau ne va cependant pas jusqu'à affirmer qu'ils soient guéris radicalement.

L'auteur conclut que la fièvre hectique tuberculeuse a trouvé son spécifique dans le tartre stibié aux doses où il le prescrit; tandis qu'auparavant il considérait comme incurable le phthisique arrivé à cette période. Il croit même indispensable d'ajouter que ce traitement ne doit être employé que lorsque la fièvre hectique existe. Le reste du traitement est presque exclusivement hygiénique. (*Ibid.*)

(1) Voyez numéro de juillet 1845.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Sangsues sur l'épiglotte; observations communiquées par le docteur Trolliet, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — De petites sangsues de la grosseur d'une aiguille existent dans la plupart des fontaines de l'Algérie. Les hommes et les animaux qui s'y désaltèrent pendant les chaleurs en avalent quelquefois sans s'en apercevoir. Ces annélides s'attachent ordinairement à l'arrière-bouche, se gorgent de sang et acquièrent le volume de la sangsue médicinale. Elles sont faciles à saisir à ce point, et n'offrent aucun danger. Il n'en est pas de même lorsque engagées dans le pharynx elles se fixent sur l'épiglotte; alors les accidents sont graves et le danger réel, ainsi qu'il résulte de plusieurs cas rapportés par l'auteur.

La première observation est intitulée : Sangsue sur l'épiglotte, phthisie; autopsie. — Le malade rendit le corps du délit un mois environ après l'avoir avalé; il en éprouva un soulagement marqué, c'est-à-dire qu'il n'eut plus de toux convulsive, de crachement de sang ni de suffocation; mais il succomba douze jours après. A l'autopsie, on aperçut sur l'épiglotte et autour de sa base une multitude de points rouges ulcérés, produits évidemment par autant de piqûres de la sangsue nichée dans la cavité digitale que forme la muqueuse adhérente jusqu'à la base du cartilage. Aucune trace de piqûre n'existait dans les autres parties du pharynx et de l'œsophage; le poumon droit paraissait sain; le gauche offrait des tubercules bien développés vers sa partie supérieure et un abcès à son sommet. M. Trolliet attribue à la sangsue le développement de cette phthisie.

Ces sangsues, alors même qu'on sait qu'elles existent, ne sont pas aisées à déloger. Ainsi, chez le malade de l'observation 2, on employa d'abord l'huile d'amandes douces, puis une solution bien saturée de sel marin, puis l'ipécacuanha, sans le moindre succès. Au vingt-deuxième jour, on engagea le malade à mâcher

plusieurs morceaux de pain et on lui fit avaler du vin aigre par petites cuillerées; on espérait que pendant que le bol alimentaire serait pressé par les contractions du pharynx, dilaté alors par le bol, quelques gouttes du vin aigre exprimées atteindraient l'annélide dans la cavité sus-épiglottique. Et, en effet, le malade ne tarda pas à cracher une sangsue gorgée de sang. Le sang cessa de couler; la voix reprit son timbre naturel; il n'y eut plus de toux ni de difficulté de respirer. L'auteur recommande ce moyen dans ses conclusions. On peut aussi employer une éponge imbibée de vin aigre et l'introduire plusieurs fois, car une seule ne suffit pas toujours.

M. Trolliet rapporte encore quatre autres observations qui prouvent la fréquence de l'accident en question dans notre colonie d'Afrique et déposent en faveur de l'efficacité du moyen qu'il a employé. L'eau salée ne mérite pas les éloges qu'on lui a donnés. L'auteur l'a employée inutilement, et d'ailleurs les sangsues vivent dans l'eau de mer. Mais le sel appliqué sur des sangsues tenant à la peau les fait détacher. Un seul malade a succombé, celui de la première observation. (*Octobre* 1846.)

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Observations d'hémorrhagies intermittentes; par M. SALLION fils, D. M. On lira avec intérêt les faits suivants qui ne sont pas très rares, quoique sortant de la ligne des cas ordinaires.

OBS. I. — Le 2 mars 1845 au matin, Alexandre C..., âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, étant monté au haut d'une échelle, fut pris d'étourdissements; il tomba à la renverse, de la hauteur de deux mètres, sur le marchepied d'une voiture, et resta sans connaissance l'espace d'environ dix minutes. Les accidents qui suivirent cette chute, sans être bien inquiétants, parurent à l'auteur indiquer l'emploi d'une large saignée du bras.

Le lendemain le malade se trouva si bien qu'il dit ne s'être jamais aussi bien porté. Mais le surlendemain il fut repris tout-à-coup et à la même heure d'un étourdissement; il tomba et resta sans connaissance un temps assez long qu'il ne put évaluer. M. Sallion, arrivé quelques moments après ce nouvel accident, trouva, comme après le premier, la face vultueuse, la respiration pénible et le pouls à 115 pulsations. Il ne douta plus alors qu'il n'eût affaire à un accès de fièvre intermittente tierce pernicieuse. 75 centigr. de sulfate de quinine, donnés dans la journée du 5, coupèrent court à de nouveaux accidents.

Tout alla bien le reste du mois; mais, le 1er avril, ce jeune homme eut un crachement de sang abondant; il n'accusait qu'un sentiment de lassitude extrême; il ne se plaignait nullement de la poitrine qui était d'ailleurs bien conformée et n'offrait rien d'anormal à la percussion ni à l'auscultation; mais comme il avait été traité un an auparavant, à l'Hôtel-Dieu, d'une grave affection de poitrine que l'on avait jugée de nature tuberculeuse, M. Sallion pensa avoir affaire à une hémorrhagie passive; il s'abstint de la saignée et traita par la ratanhia, mais sans aucun succès pendant trois jours: il n'en obtint pas davantage, les deux jours suivants, de l'alun associé à l'extrait d'opium ni de la limonade sulfurique. Il se hasarda alors à faire une saignée de 160 grammes. L'hémorrhagie se suspendit jusqu'au lendemain sur les cinq heures du soir, qu'il reparut quelques crachats sanguinolents. Comme le pouls se trouvait plus développé, une seconde saignée de 190 grammes fut pratiquée. L'hémorrhagie ne reparut que le lendemain vers six heures du soir. Le facies était alors plus animé, le pouls plus développé, et M. Sallion observa que la peau était couverte de sueur.

Cette particularité rappela à l'auteur les deux accès de fièvre intermittente tierce pernicieuse dont ce jeune homme avait été atteint le 2 et le 4 mars. Il pensa qu'il avait peut-être affaire à une hémorrhagie déterminée par le génie intermittent, les deux saignées qu'il avait pratiquées paraissant avoir amené l'affection à un type déterminé. Il administra donc 60 centigr. de sulfate de quinine qu'il associa à la belladone, et le lendemain, à l'heure habituelle, l'hémorrhagie ne se reproduisit pas. Il répéta le sulfate de quinine à doses décroissantes, et le malade se rétablit bientôt parfaitement. Quelque temps après, une nouvelle hémorrhagie se déclara à deux époques différentes chez ce jeune homme; à chaque fois le sulfate de quinine en eut immédiatement raison.

M. Sallion rappelle, à cette occasion, qu'il a plusieurs fois observé, pendant ses études cliniques, qu'à la suite de phlegmasies traitées par d'abondantes émissions sanguines, il devenait nécessaire d'administrer le sulfate de quinine, à cause d'accès de fièvre intermittente bien dessinés. Il en sera de même, dit-il, pour toute hémorrhagie excessive. En voici un exemple :

OBS. II.—Une jeune dame, bien portante, accoucha heureusement et éprouva une perte utérine quelques heures après la délivrance. Le médecin, préoccupé de la doctrine de l'irritation, alors dans toute sa faveur, s'applaudit d'une hémorrhagie qui écartait à ses yeux la nécessité d'une saignée qu'il avait résolue pour parer à la fièvre de lait; et, loin de chercher à la modérer, il la fomentait par des injections d'eau tiède et l'application sur l'abdomen de cataplasmes émollients. Cette pratique, à peine croyable, eut pour résultat une fièvre ataxo-adynamique à type intermittent, de marche subintrante, dont mon père (c'est M. Sallion fils qui parle) triompha heureusement par d'énormes doses de quinquina en poudre, administré par la bouche et par l'anus, le sulfate de quinine n'étant pas alors connu.

M. Sallion rapporte encore le cas d'une

hémorrhagie utérine qui ne céda qu'au sulfate de quinine et y céda immédiatement. Les préparations de fer, jusque-là impuissantes, restaurèrent ensuite la constitution. (105e *livraison.— Mémoire lu dans la séance du 6 janvier 1846 devant la Société de médecine de Nantes.*)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Gastralgie, hoquet convulsif ; insuccès de plusieurs médicaments ; administration du sous-carbonate de fer uni à l'extrait de belladone ; succès complet; par M. le docteur C. Le Blus, de Willebroeck. — Il s'agit, dans cette observation, d'une demoiselle âgée de vingt ans, d'une constitution nervoso-lymphatique, bien réglée, menant une vie sédentaire. Elle se plaignit d'abord à l'auteur d'une vive douleur à la région épigastrique, revenant par intervalles; il n'y avait pas de dyspepsie proprement dite; mais il existait des bâillements fréquents; quelquefois des vomissements; pouls naturel, hormis pendant la douleur; alors il augmentait de fréquence, ainsi que la respiration.

Du 25 mai, époque où M. Le Blus fut consulté, et à laquelle la gastralgie datait de huit jours seulement, jusqu'au 17 juin suivant, divers moyens, pris surtout parmi les antispasmodiques, les opiacés et les toniques, furent employés sans succès; il en fut de même d'un vésicatoire placé sur l'épigastre et pansé avec de la morphine. Aux symptômes précédemment cités il s'en joignit d'autres : un affaiblissement général, de l'amaigrissement, de la céphalalgie, et enfin un hoquet des plus fatigants. Ce dernier ne fit qu'augmenter tous les jours et il s'y joignit des vomissements de substances alimentaires. L'administration de l'acide sulfurique étendu d'eau, qui avait bien réussi dans un autre cas de hoquet invétéré, ne produisit dans celui-ci aucun résultat favorable. Enfin, le 29 juin, M. Le Blus prescrivit deux grains d'extrait de belladone unis à dix grains de sous-carbonate de fer pour douze pilules, à prendre une chaque heure. Dès le premier jour, le hoquet sembla avoir diminué de fréquence, et le quatrième il avait complètement disparu. La continuation du fer, l'entretien du vésicatoire et un bon régime complétèrent en vingt jours la guérison. (*Septembre* 1846.)

Dartres mentagres guéries par l'emploi de la belladone unie à l'onguent mercuriel; par le même.— La belladone, administrée même à l'intérieur, exerce sur la peau une action physiologique remarquable qui l'a fait recommander *à priori* dans les maladies de la peau. Nous ne pensons pas cependant qu'elle ait été beaucoup employée contre ces affections. Voici trois faits qui méritent de fixer l'attention :

Obs. I. — Le 18 février 1841, M. Le Blus fut consulté par un cultivateur, homme sanguin, qui, à part quelques légères indispositions, n'avait jamais eu de maladies particulières, et était actuellement atteint de mentagre. Il avait déjà consulté deux médecins qui ne l'avaient pas guéri. L'auteur lui prescrivit : extrait de belladone un gros; onguent napolitain une demi-once, pour quatre jours, trois frictions dans la journée. Il lui ordonna en outre l'application de cataplasmes émollients après les frictions, et lui fit prendre à l'intérieur la résine de jalap à la dose d'un scrupule pour douze pilules, dont quatre par jour. Le malade suivit ce traitement jusqu'au 27 février et se trouva alors entièrement débarrassé de sa dégoûtante maladie.

Obs. II. — Le 30 septembre 1842, M. Le Blus fut consulté par un ouvrier également atteint de mentagre, mais n'ayant fait encore aucun traitement; il lui prescrivit les mêmes moyens qu'au précédent malade et il obtint la guérison en moins de temps encore.

Obs. III. — Au mois d'août 1844, l'auteur vit encore un homme atteint de dartre mentagre et qui s'était déjà servi de plusieurs remèdes sans amélioration aucune. Il guérit par les mêmes moyens que les deux malades précédents.

— MM. de Kock et de Maeyer, chargés par la Société de médecine de Boom de faire un rapport sur les observations de M. Le Blus relativement aux succès qu'il dit avoir obtenus de la belladone, ont émis l'opinion suivante : en ce qui concerne la gastralgie et le hoquet convulsif, ils pensent que la belladone a été utile en établissant la tolérance pour les ferrugineux qui seuls auraient guéri; car, pour eux, c'était à une chlorose qu'on avait affaire; en ce qui concerne les trois cas de mentagre, ils pensent que la belladone a opéré comme agent de substitution. (*Ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse guérie par le sulfate de quinine. Réflexions sur l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie pulmonaire. — M. Van Montfort, chirurgien accoucheur à Rumpst, a communiqué à la Société de médecine de Boom un cas de fièvre intermittente apoplectique. Nous nous bornerons à reproduire à cette occasion quelques réflexions extraites du rapport fait à la Société sur cette observation par MM. Piottier et de Kock. Ces réflexions ont trait à une grande question de pathologie générale, actuellement en litige.

« Si un cas semblable se fût présenté à pareille époque (mois de septembre) il y a dix ans, certes ni notre collègue, ni quelqu'un de nous, n'eût attendu un second accès pour s'assurer de l'intermittence, mais il aurait recouru au spécifique dès le déclin du premier. Dans ces temps, les fièvres rémittentes et intermittentes étaient si communes que tout médecin de nos environs avait toujours l'esprit fixé sur ces affections qui prenaient souvent une marche pernicieuse; mais aujourd'hui une fièvre intermittente est une chose rare, et une fièvre intermittente pernicieuse est presque un prodige. L'homme de l'art ne

s'en doute plus, et cependant ce cas isolé nous avertit de nous mettre toujours en garde contre cette ennemie insidieuse qui pourrait de temps à autre encore nous rendre une visite inattendue.

» Une maladie plus meurtrière que celle qui nous occupe, une maladie qui moissonne tant de victimes à la fleur de l'âge, la phthisie pulmonaire, a remplacé la fièvre intermittente dans notre contrée, depuis que la grippe a fait prédominer les affections catarrhales. On dirait que l'une a cédé sa place à l'autre; ainsi nous penchons vers l'idée de ces médecins qui ont avancé qu'il existe un antagonisme entre la fièvre des marais et l'affection tuberculeuse des poumons. Prouver par la théorie et par des données pratiques jusqu'à quel point cet antagonisme est fondé serait un travail très long, déplacé dans un simple rapport. Mais s'il nous était permis d'émettre une hypothèse, nous poserions celle-ci : la fièvre intermittente, état pathologique, ne pourrait-elle pas agir sur des personnes disposées à la phthisie de la même manière qu'un état physiologique, la grossesse? Tout le monde convient que des grossesses qui se succèdent à de courts intervalles peuvent retarder la phthisie pendant plusieurs années. La fièvre intermittente, dont on peut éprouver tant de rechutes et récidives, n'entretiendrait-elle pas chez des personnes tuberculeuses une congestion, un centre de fluxion vers le foie et la rate, ne formerait-elle pas une idiosyncrasie temporaire autre que l'idiosyncrasie congéniale sur laquelle elle agirait salutairement? Nous laissons à d'autres, plus à même que nous, de répondre à ces questions. » (*Ibid.*)

Revue des journaux allemands.

Neue medicinische chirurgische zeitung.

Cas d'exaltation idiopathique de l'ouïe; par le docteur Schmalz, de Dresde. — Un certain nombre d'affections s'accompagnent souvent d'une exaltation modérée du sens de l'ouïe: telles sont les maladies inflammatoires de l'oreille et des parties voisines, les congestions cérébrales, quelques affections de la moelle épinière et des nerfs. C'est là un pur symptôme de voisinage, comme la sensibilité des yeux dans les mêmes cas ou autres analogues. Mais il est très rare de rencontrer la véritable hypercousie idiopathique, c'est-à-dire celle dans laquelle le moindre bruit produit une sensation très forte et où les sons aigus sont à charge au malade. L'auteur a observé deux cas d'exaltation idiopathique de l'ouïe ayant duré jusqu'à dix et vingt ans sans être suivis de surdité ni de tintements d'oreille. Voici le plus intéressant de ces deux cas.

Obs. S....z, âgé de 58 ans, professeur de chant, est atteint depuis dix ans d'exaltation morbide de l'ouïe. Mais, bien avant cette époque et dès sa jeunesse, il avait déjà l'oreille si délicate qu'il reconnaissait les moindres fautes commises dans un morceau de chant ou de musique. En 1824, cet homme fut opéré avec succès d'un polype de la narine droite. Quelques années après, de 1828 à 1834, il fut affecté d'amblyopie rhumatismale. En 1834, il eut quelque temps de la dureté de l'ouïe, avec sentiment d'obstruction aux deux oreilles, persistant des heures entières, et dont il se soulageait en tirant sur l'oreille externe. L'extraction du cérumen endurci et l'usage des bains de mer le débarrassèrent de ces symptômes.

Ce fut en 1835 qu'il ressentit pour la première fois une exaltation de l'audition à l'oreille droite. Il professait alors le chant à Londres en s'accompagnant de la guitare. Les sons aigus lui occasionnèrent d'abord une sensation désagréable avec sentiment d'obstruction dans les oreilles; il arriva ensuite à ne plus pouvoir souffrir la moindre fausse note et fut obligé d'abandonner ses leçons. Il retourna habiter un quartier tranquille de Vienne, où il reprit quelques élèves, quoiqu'il supportât très mal encore le roulement des voitures sur le pavé, les notes fausses, l'accord des instruments pour un concert, les voix aiguës des femmes et le son du flageolet. Cependant il supportait bien celui de sa guitare, ainsi que les voix très fortes et même le bruit du canon. Cette indisposition dure depuis dix ans. Néanmoins l'ouïe est encore très juste et très fine; un chant bien exécuté le fait pleurer de plaisir. Cet homme n'a jamais eu de tintements d'oreille. Il entend battre une montre à deux mètres et demi de distance, tandis que la plupart des individus ne l'entendent qu'à un demi-mètre. Il entend également très bien ce qu'on lui dit à voix basse. Il n'offre rien d'appréciable dans le conduit auditif, sauf un peu de sècheresse et une sécrétion assez abondante de cérumen. L'air pénètre facilement dans l'oreille moyenne par les trompes d'Eustache. Cet homme est sujet à la constipation, aux hémorrhoïdes et aux congestions vers la tête, surtout lorsqu'il fait très chaud. Il supporte mal l'impression d'une lumière artificielle vive.

Des soins bien entendus ont amélioré son état au bout de quelques mois: il a suffi pour cela qu'il évitât l'air froid et humide, qu'il tînt constamment de la charpie huilée dans ses oreilles pour amortir l'expression des sons aigus, et qu'il eût soin d'avoir le ventre libre. Il a en outre demeuré à la campagne pendant la saison chaude et a pris des bains de drèche.

Medicinisches correspondenz-blatt bayerischer aerzte.

De l'ophthalmo-blennorrhée chez les nouveau-nés; par le docteur Escherich. — Dans le courant de janvier 1845, dont la constitution, d'après de nombreuses observations, fut inflammatoire et compliquée d'un élément rhumato-érysipélateux, l'auteur a rencontré un nouveau-né qui, deux jours seulement après sa naissance, présentait un gonflement oculaire

si considérable que les paupières, de la grosseur d'un œuf de pigeon, pouvaient très difficilement être écartées; il s'en écoulait alors un flot de liquide jaunâtre, purulent. Le docteur Escherich a rencontré cet accident plusieurs fois, et presque toujours chez les enfants des gens pauvres, chez des enfants illégitimes, où le manque de soins de toute espèce en est la cause principale. La guérison a toujours été la suite du traitement qu'il a mis en usage, et qui consiste dans l'emploi énergique de l'onguent mercuriel gris dont on étend, autour de l'œil malade, une couche de l'épaisseur de la lame d'un couteau, et dont on favorise l'action par de grands soins de propreté, et l'évacuation du liquide purulent, en ouvrant les paupières avec précaution. Quand la tuméfaction diminue de dureté et que la sécrétion est devenue plus liquide, on instille entre les paupières une solution de nitrate d'argent (1 grain par once d'eau distillée), et l'amélioration fait alors de si rapides progrès, qu'au bout d'une semaine on ne rencontre presque plus de traces de l'ophthalmie. (1845, *n°* 11. — *Annales d'oculistique*, *octobre* 1845.)

—

Ramollissement de la cornée consécutif à l'opération de la cataracte; par M. le docteur Textor. — Dans le congrès médical des médecins de Nuremberg, en 1845, le docteur Textor a entretenu l'assemblée d'une affection particulière de la cornée : son *ramollissement*, qui survient après l'opération de la cataracte. Il a cité à ce sujet l'observation d'un homme qu'il opéra, dans l'espace d'un an, aux deux yeux par kératonyxis, et qui les perdit tous les deux par suite du ramollissement de la cornée. La maladie manifesta son cours sans douleur, sans phénomènes inflammatoires, sans exsudation : la cornée éprouva une véritable exfoliation, et l'œil fut détruit en peu de jours. Le docteur Textor est porté à considérer cette affection comme ayant de l'analogie avec la gangrène nosocomiale. La dégénérescence ne commence jamais à la solution de continuité faite par l'opération, mais prend toujours son point de départ à la périphérie.

Le professeur Ritterich (de Leipzig) a observé une affection semblable, surtout chez les enfants ; mais elle paraît de nature inflammatoire.

Le professeur Roux, de Paris, présent à cette réunion, vante dans un long discours les avantages immenses de l'extraction sur la dépression, en se basant sur les résultats d'une pratique de six mille faits. Il insiste principalement sur la plus grande étendue qu'acquiert la vue après l'opération par extraction, quand elle a été suivie de succès. Le docteur Textor répond à cela en citant un fait où la kératonyxis a donné une étendue de la vue telle qu'elle ne laissait absolument rien à désirer. Le professeur Roux parle ensuite des améliorations qu'on a fait subir aux hôpitaux de Paris, où maintenant on ne rencontre presque plus jamais la pourriture d'hôpital. Selon lui, l'altération oculaire observée par le docteur Textor n'a point d'analogie avec la gangrène d'hôpital : l'obscurcissement de la cornée se montre après les différentes opérations qu'on y pratique.

La discussion sur le ramollissement de la cornée ayant été reprise le lendemain, le docteur Rau déclara qu'il avait observé l'affection après l'opération de la cataracte chez des personnes décrépites ; mais, selon lui, c'était la suite d'une iritis parenchymateuse : les phénomènes subjectifs étaient d'ailleurs fort importants. Il considère la maladie comme une inflammation lente, secondaire de la conjonctive, et renvoie, quant à sa description, à son ouvrage sur l'inflammation de l'iris, tout en maintenant, cependant, que le point de départ de la maladie est toujours la périphérie et jamais le centre de la cornée. Il est disposé à admettre, pour cause principale, une lésion du corps ciliaire. La maladie s'est déclarée après les opérations les plus légères, particulièrement après la kératonyxis, tout comme après la scléroticonyxis. Quant au traitement, il est dans le principe tout-à-fait impuissant; plus tard, on obtient des résultats plus avantageux en employant la cautérisation avec le nitrate d'argent en substance autour de la cornée, dans le but de mettre l'œil à même de garder sa forme ; la cornée néanmoins conserve son obscurcissement. A l'intérieur, il a prescrit l'arnica, le senega, et à l'extérieur des cataplasmes chauds légèrement excitants. Le docteur Textor reconnaît l'identité de la maladie décrite par M. Rau avec la sienne; mais il doute que sa nature soit inflammatoire : le docteur Heyfelder, au contraire, est disposé à lui reconnaître un caractère inflammatoire spécifique. Le docteur Bernstein a observé un cas semblable chez un individu atteint d'une caverne pulmonaire (n° 41).

(*Ibid.*).

MEDICINISCHE CORRESPONDENZ-BLATT.

Onzième compte-rendu de l'hôpital de Heilbronn, de 1844 à 1845; par le docteur Sicherer.

— Nous nous bornerons aux deux extraits suivants, qui nous ont paru offrir quelque intérêt.

De la teinture d'iode contre les inflammations des os. — Dans les cas de gonflement inflammatoire des os, M. Sicherer commence par pratiquer des incisions ; puis il fait deux fois par jour des frictions avec de la teinture d'iode jusqu'à ce que l'épiderme prenne une couleur brun foncé. Avant chaque friction, il a soin de détacher légèrement avec les doigts la croûte épidermique qui recouvre les incisions. L'auteur a obtenu de nombreux succès de ce mode de traitement.

Du sublimé corrosif dans les maladies des voies lacrymales. — Le sublimé, administré d'après la méthode de Dzondi, a paru à M. Sicherer un moyen héroïque contre les ophthalmies scrofuleuses, particulièrement celles qui s'accompagnent de maladies des voies lacry-

males. L'auteur l'emploie absolument comme s'il s'agissait d'une affection syphilitique. Il tient les malades à la diète et au lit, et s'abstient d'ailleurs de toute application topique.

Revue des journaux italiens.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Extirpation de la parotide squirrheuse et de la glande sous-maxillaire avec introduction effrayante de l'air dans le cœur; par le docteur G.-B. MARZUTTINI, de Spilimbergo, membre de la Société médico-chirurgicale de Bologne, associé correspondant de l'Athénée de Venise, etc. — Cette observation est très importante sous plusieurs rapports que nous regrettons de ne pouvoir exposer chacun avec l'étendue convenable, mais que nous devons du moins signaler. Ainsi, il y a à considérer le volume énorme de la tumeur, les modifications apportées par l'auteur au procédé de M. Velpeau, les accidents formidables qui ont traversé une opération aussi insolite, et le beau succès obtenu par l'auteur.

Dans un paragraphe intitulé : Observations sur la méthode opératoire de Velpeau et sur celle qui a été suivie dans ce cas, M. Marzuttini critique les règles posées par le chirurgien de Paris. Celui-ci recommande que l'on détache la parotide d'abord par sa partie supérieure, puis par son bord postérieur, afin de ne pas tomber dès le principe sur la carotide. Mais en agissant ainsi, dit le chirurgien italien, on commence par diviser l'artère temporale dont la ligature, vu sa profondeur, est très difficile; on est même exposé à la diviser une seconde fois, ce qui entraîne une grande perte de temps pour les ligatures. Ajoutez à cela qu'il découle des parties supérieures une nappe de sang qui empêche de voir ce que l'on fait. Mais ce que M. Marzuttini regarde comme considération principale, c'est que les connexions de la partie supérieure de la tumeur sont si intimes avec le conduit auditif externe, avec l'aponévrose zygomato-temporale, le muscle sterno-mastoïdien, l'apophyse mastoïde, la branche de la mâchoire inférieure et la base de l'apophyse styloïde, il en résulte pour elle une immobilité si grande, que l'on ne pourra discerner les points que le bistouri doit respecter, et que l'opérateur sera exposé à aller trop profondément.

OBS. — Marangoni Tommaso d'Adria, âgé de quarante-six ans, s'était fait arracher une dent molaire en 1842. Il en résulta une violente inflammation de la fosse parotidienne du même côté avec une tuméfaction qui atteignit bientôt le volume d'un œuf de poule. Ce fut là le point de départ d'une tumeur que l'on tenta d'extirper en 1845, et qu'on trouva en partie lipomateuse, en partie athéromateuse. La plaie se cicatrisa; mais les bords en restèrent toujours gonflés, durs et douloureux. Le malade commença dès lors à éprouver en ce point des douleurs intolérables, la nuit surtout. La tumeur se reproduisit, et, au mois de décembre suivant, elle avait une fois et demi le volume du poing d'un adulte et soulevait d'un pouce le pavillon de l'oreille. Elle adhérait profondément et était immobile. Cette tumeur était de nature squirrheuse et l'on avait inutilement employé contre elle divers moyens fondants. M. Marzuttini ne vit rien qui contr'indiquât l'opération qu'il pratiqua de la manière suivante, le 25 janvier 1846 :

Le centre de la tumeur fut d'abord circonscrit entre deux incisions verticales semi-elliptiques. Du centre de chacune de ces incisions, il en conduisit deux transversales, l'une en avant, l'autre en arrière, ce qui lui fournit quatre lambeaux tégumentaires sains. Il dut lier diverses artères, la mastoïdienne, une branche de l'occipitale, la transversale de la face, la maxillaire externe ; il lia le tronc de la temporale vers l'extrémité supérieure de la branche de la mâchoire.

Il reprit alors la tumeur par sa face profonde, ce qui présenta des difficultés qu'il est facile de concevoir pour la détacher de la multitude d'organes auxquels elle adhère. Il s'en tira néanmoins, tantôt avec le tranchant, tantôt avec le manche du scalpel, tantôt au moyen de fortes tractions. L'artère carotide externe se trouva lésée dans ces divers temps ; mais cet évènement avait été prévu et fut considéré comme un avantage, en ce que, cette artère liée, il n'y eut plus à s'inquiéter des lésions des autres branches.

Il restait encore à faire le plus périlleux, c'est-à-dire à déraciner la tumeur de la partie supérieure de sa face profonde, ce qui fut fait à l'aide de l'instrument tranchant. Elle fut ainsi séparée de la carotide interne, de la scissure de Glaser et de la base de l'apophyse mastoïde.

M. Marzuttini vit alors qu'il fallait sacrifier la glande sous-maxillaire. Pendant qu'il la détachait, une ondée de sang noir apparut tout-à-coup et le malade se laissa tomber en s'écriant ! Oh Dieu ! L'air, dit l'auteur, s'était introduit par la veine, et l'opéré était frappé comme d'un coup de foudre : la face présentait un aspect cadavérique ; l'œil était tourné en haut et immobile, la pupille dilatée, la respiration brève et le pouls à peine sensible. L'opérateur porta aussitôt le doigt sur la plaie et comprima la veine jugulaire profonde. Il faisait en même temps arroser d'eau le visage et approcher de l'ammoniaque des narines. Le malade reprit ses sens au bout de quelques minutes et dit au chirurgien de terminer l'opération. Il ne restait plus qu'à extirper la glande sous-maxillaire et à exciser quelques prolongements de la parotide squirrheuse.

La plaie résultant de l'opération était effrayante ; elle se trouvait limitée en haut par le conduit auditif isolé, par l'apophyse mastoïde dénudée, le

sterno-cléido-mastoïdien, le crotaphite, l'apophyse zygomatique, la capsule de l'articulation temporo-maxillaire, la base du temporal jusqu'à la scissure de Glaser, la fosse digastrique, l'apophyse styloïde; en avant elle était bornée par une portion de l'os et de la fosse zygomatiques, le masséter, la région sous-maxillaire à découvert, l'angle et la branche de la mâchoire inférieure dont la face externe était à découvert; en bas, enfin, elle était limitée par le muscle digastrique, le ptérygoïdien interne, le stylo-hyoïdien, le stylo-thyroïdien, la bifurcation de la carotide, etc. Les lambeaux de peau furent ramenés sur la plaie de manière à la couvrir entièrement et furent fixés au moyen de douze points de suture. L'opération avait duré trente-cinq minutes et avait été supportée avec le plus grand courage.

La tumeur présenta tous les caractères du squirrhe des glandes conglomérées.

Le malade, reporté à son lit, fut soumis à des affusions locales froides. Au bout de dix heures, la réaction prit un caractère tumultueux qui nécessita une forte saignée. Le malade tomba ensuite dans un sommeil bienfaisant qu'il ne connaissait plus depuis longtemps.

La fièvre se ralluma le second jour et fut combattue par une nouvelle saignée.

Passé le quatrième jour, la cicatrisation commença. Le malade était gai et avait de l'appétit. Le quarantième jour, la cicatrisation était complète. La joue, les paupières, l'aile du nez et l'angle labial correspondant étaient paralysés. Mais cette paralysie existait déjà par la force des choses avant l'opération, de sorte que le malade n'avait en réalité rien perdu sous ce rapport.

Ce malade, revu six mois après, était très bien portant et rien ne pouvait faire présumer la récidive.

Revue des journaux anglais.

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

De l'influence des climats chauds sur la guérison du diabète sucré; par le docteur Keith IMRAY.—Il ne faut point chercher dans ce travail des observations rigoureuses et ne laissant aucune prise au doute. Il s'agit tout simplement de six cas de diabète sucré traités inutilement d'après diverses méthodes et qui ont paru très heureusement influencés par le séjour prolongé dans un climat chaud. Il est bon de noter que, parmi les diverses méthodes de traitement vainement employées chez les malades, l'auteur ne comprend pas celles qui sont actuellement préconisées en France, et qui reposent, on le sait, sur des théories purement chimiques. On peut aussi remarquer, d'ailleurs, que le diabète paraît être assez exclusivement une affection des climats froids et tempérés, ce qui ne veut pas dire, toutefois, qu'il doit guérir dans les pays chauds. Mais, William Hunter, qui avait longtemps séjourné au Bengale, n'y avait jamais vu de diabète. Le docteur Christie va plus loin. Il s'étonnait de la facilité avec laquelle cette maladie guérissait à Ceylan, et il proposait, dès 1811, de soumettre les diabétiques à l'action d'une haute température artificielle. (*Janvier* 1846.)

THE LONDON AND EDINBURGH JOURNAL OF MEDICINE.

Du chanvre indien contre le tétanos traumatique; observation de guérison; par M. le professeur MILLER. —Nous nous bornerons à rapporter l'observation suivante, qui appellera sans doute de nouveaux essais :

OBS. — Une fille de sept ans avait eu le médius de la main droite écrasé par une machine ; une inflammation vive et très douloureuse s'était développée autour de la blessure, et en même temps une flexion spasmodique des doigts et du poignet ; le système nerveux paraissait violemment excité. Ce ne fut guère que vingt jours après cet accident que survint dans la nuit une espèce d'accès avec rigidité dans les membres, difficulté à ouvrir la bouche et à bâiller, douleurs dans les mâchoires, accès sur la nature duquel on demeura incertain, une rémission complète ayant eu lieu le lendemain matin. Cependant, dans la prévision du tétanos, on prescrivit calomel et jalap et 10 gouttes de *cannabis indica* toutes les quatre heures (4 grammes de cette teinture contenaient 15 centigrammes d'extrait.)

Le troisième jour, il n'y eut plus de doute à conserver touchant l'existence du tétanos ; mâchoires rapprochées, les masséters et les temporaux durs, tendus et fort douloureux, les membres, surtout les supérieurs, rigides, les parois abdominales dures ; le moindre effort pour étendre les membres, ouvrir la bouche ou montrer la langue, aggravait les symptômes, et l'opisthotonos se prononçait avec des douleurs dans le dos. L'amputation du doigt fut alors pratiquée dans l'articulation métacarpo-phalangienne ; on porta la dose de *cannabis* à 20 gouttes toutes les deux heures ; de la glace fut appliquée pendant dix jours consécutifs le long de la colonne vertébrale. Le lendemain on prescrivit 30 gouttes de *cannabis* toutes les demi-heures ; les accès tétaniques s'éloignèrent, mais l'enfant demeura assoupie et conserva de la rigidité.

Pendant huit jours encore elle demeura à peu près dans le même état, un ou deux accès tétaniques ayant lieu presque tous les jours, quelquefois très forts. Peu à peu la raideur diminua ; elle put écarter les mâchoires, avaler. Le huitième jour de la maladie, on commença à la nourrir avec du *thé de bœuf* à doses faibles et rapprochées. Vers le dix-neuvième jour, l'usage de tous les membres précédemment affectés était revenu, mais non sans y provoquer encore des contractions involontaires. Au bout de 36 jours, l'enfant était près de sortir de l'hôpital.

L'auteur ne doute nullement de l'action sédative du chanvre indien contre les spasmes

musculaires dans cette observation (1). (*Annales médico-psychologiques.*)

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL.

Nouvelle règle de conduite à tenir dans les cas d'implantation du placenta sur le col. — La mortalité établie par la statistique dans ces cas de grave complication de la grossesse est de un sur trois, et elle paraîtrait tenir, d'après MM. Radfort et Simpson, à l'application inopportune des règles posées par les accoucheurs. M. le docteur Radfort, et après lui M. le professeur Simpson d'Édimbourg, après une longue pratique et des recherches nombreuses, insistent sur les avantages de l'expulsion ou de l'extraction du placenta avant la naissance de l'enfant, dans les cas de pertes dépendant de l'implantation de cet organe sur l'orifice de l'utérus. Il a quelquefois heureusement opéré cette expulsion du placenta; l'art l'a quelquefois aussi heureusement provoquée. Pourquoi ne pas s'en faire dès lors une règle de conduite? En suivant cette méthode, les auteurs ont beaucoup diminué la gravité du pronostic de l'hémorrhagie par insertion du placenta sur le col. Dix-neuf fois sur vingt l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt ou réduite immédiatement au point de ne plus être un sujet d'alarmes. Sur 141 femmes chez lesquelles le placenta avait été détaché ou extrait avant l'enfant, 10 seulement ont succombé. Encore, dans sept ou huit de ces cas, la mort de la mère ne paraît pas avoir été liée à cette circonstance exceptionnelle ou à ses suites immédiates. Il ne resterait donc que trois cas de mort sur 141 femmes, environ 1 sur 47, ou, si l'on voulait compter les 7 autres cas, 1 sur 14, ce qui est encore à préférer à l'énorme mortalité d'un tiers que l'on a en suivant les règles ordinaires.

Revue pharmaceutique et formules.

Note sur les préparations de haschisch. — M. LOURADOUR, pharmacien à Paris, a présenté à la Société de pharmacie trois préparations de *haschisch* (*cannabis indica*) qui lui sont parvenues tout récemment. Comme le haschisch est depuis quelque temps mis en essai par M. Moreau, de Tours, dans son service d'aliénés, et qu'il peut devenir de quelque utilité en médecine, nous allons extraire ce qu'il y a de plus intéressant dans la courte note de M. Louradour.

1° *Poudre de haschisch.*—Elle est composée tout simplement des feuilles et des fleurs de la plante, desséchées et broyées le plus finement possible. Il est inutile d'insister sur les caractères physiques de cette préparation, la dessiccation faisant perdre à la feuille et aux sommités du haschisch ses propriétés les plus énergiques. Mais cette poudre est très active quand elle est récente, et c'est la forme sous laquelle on la fume en Orient. On en obtient alors plus d'effet avec le narghilé, ou pipe persane qu'avec la pipe ordinaire.

2° *Extrait gras du haschisch.* — Il se prépare en faisant bouillir les feuilles et les fleurs de la plante fraîche avec de l'eau à laquelle on ajoute une certaine quantité de beurre frais. Le tout étant réduit par évaporation à la consistance d'un sirop, on passe à travers un linge. On obtient ainsi le beurre chargé du principe actif et fortement coloré en vert. Cet extrait exhale à l'état frais une odeur nauséabonde *sui generis* que les Orientaux masquent en aromatisant leurs préparations avec force essence de rose ou de jasmin. Sa saveur, lorsqu'il est frais, est celle du beurre très légèrement rance. Celui que M. Louradour possède a plusieurs années; il a une odeur tirant un peu sur celle du fromage de Roquefort et une saveur qui rappelle celle de la noisette. Cet extrait se prend à la dose de 3 à 4 grammes dans une tasse de café noir. M. Moreau, de Tours, en a poussé la dose à 16 grammes, sans qu'il en résultât le moindre accident. M. le docteur Foucart, qui l'a expérimenté sur lui-même, a trouvé que ses effets étaient moins prompts à se manifester que ceux des autres préparations.

3° *Dawamesk.*—C'est la préparation la plus commode à administrer. Elle est composée d'une certaine quantité d'extrait gras mélangé intimement avec des pistaches, de la farine d'amandes douces et du sucre. Le dawamesk, assez agréable au goût, se prend à la dose de 30 grammes, soit dissous dans une tasse de café à l'eau, soit en nature et sans aucune préparation. Les effets, plus ou moins rapides suivant les tempéraments, se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure ou une heure et demie après l'ingestion de la substance. Les individus impressionnables et nerveux sont, en général, plus rapidement pris que les sujets lymphatiques.

—M. Bussy a fait apporter sous les yeux de la Société de pharmacie un pied très volumineux de *cannabis sativa*, cultivé dans le jardin de l'Ecole de pharmacie. M. Louradour fait remarquer que le *cannabis indica* qui fournit le haschisch est beaucoup plus petit que celui qui est présenté par M. Bussy. (*Journal de pharmacie, septembre* 1846.)

—

Du prétendu sirop d'orgeat perfectionné des épiciers. — Les médecins devront tenir leurs clients en garde contre un singulier perfectionnement du sirop d'orgeat inventé par les épiciers et distillateurs de Paris et qui ne peut manquer de trouver bientôt des imitateurs partout. En agitant quelques gouttes d'essence d'amandes amères avec un litre de sirop simple, ces messieurs obtiennent un sirop qu'ils décorent du titre de *sirop d'orgeat perfectionné.* Ce sirop est transparent, et il ne renferme en aucune façon la partie émulsive et oléagineuse des amandes.

(1) Voyez plus bas, à la revue pharmaceutique, une note sur diverses préparations de chanvre indien.

M. Dubail a signalé le premier ce fait à la Société de pharmacie. M. Boullay regarde ce renseignement comme précieux. La vente d'un sirop ainsi amoindri est, dit-il, un fait illégal. Les épiciers et les distillateurs n'ont point le droit de dénaturer les préparations inscrites au Codex, ni surtout de tromper la confiance publique par de fallacieuses annonces. Qui dit sirop d'orgeat, dit sirop émulsif, adoucissant, renfermant par conséquent la partie oléagineuse des amandes ; et, certes, ce n'est pas perfectionner le sirop d'orgeat que de lui retirer ce qui fait son principal avantage.

Après discussion, la Société de pharmacie a voté une conclusion qui porte que les sirops d'orgeat et de groseilles ainsi dénaturés ne puissent être vendus sous leurs noms primitifs, même en ajoutant le mot *perfectionnés*. (*Ibid.*)

Potion drastique.—M. le docteur P. Tessier a constaté maintes fois les excellents effets de la formule suivante chez les paraplégiques :

Pr. Eau de tilleul	125 gram.
Eau-de-vie allemande	30 —
Vin de colchique	30 —
Sirop de nerprun	30 —
Tartre stibié	25 centigr.

Faites une potion à prendre en trois doses, de demi-heure en demi-heure. M. Tessier laisse ensuite un jour de repos à ses malades, puis il prescrit de nouveau la potion drastique de deux jours l'un jusqu'à parfaite guérison.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 novembre 1846.

Présidence de M. ROCHE.

Peste ; quarantaines.

La discussion est ouverte sur le quatrième paragraphe de la 7e conclusion, lequel est ainsi conçu :

« Avec la première patente (*patente nette*) leur imposer (aux bâtiments venant de lieux suspects) dix jours de quarantaine d'observation. Avec la seconde (*patente brute*) quinze jours de quarantaine d'observation. »

M. GUÉNEAU DE MUSSY demande la suppression de l'article, auquel il propose de substituer une phrase conçue à peu près en ces termes : « Les conclusions trois et cinq indiquant les circonstances dans lesquelles la peste est transmissible et la durée d'incubation, l'Académie s'en rapporte à l'administration pour déterminer la durée de la quarantaine d'observation qu'il convient d'imposer aux bâtiments venant de lieux suspects. »

M. Guéneau de Mussy motive son amendement sur la convenance qu'il y aurait, à son avis, à ce que l'Académie se bornât à fournir à l'administration les bases scientifiques du règlement sanitaire pour lequel elle a seule le droit et l'aptitude nécessaires.

L'amendement de M. Guéneau de Mussy, appuyé par un grand nombre de membres, est mis aux voix et adopté.

Ve paragraphe : « Compter cette quarantaine de l'instant du départ, en d'autres termes, y compris la traversée. »

M. GUÉNEAU DE MUSSY propose un changement de rédaction qui lierait ce paragraphe avec l'amendement qui vient d'être adopté. Il s'agirait de dire qu'il n'y aurait aucun inconvénient à comprendre le temps de la traversée dans les limites que l'administration jugerait convenable d'assigner à la quarantaine d'observation.

M. PRUS accepte cette rédaction comme conforme à l'opinion de la commission.

M. MOREAU : Avez-vous prévu le cas où un bâtiment ferait une rencontre en mer ?

M. PRUS : Si cette rencontre était jugée suspecte, la quarantaine recommencerait à dater de cette rencontre.

M. GUÉNAU DE MUSSY est invité à formuler son amendement qui est ensuite mis aux voix et adopté.

Séance du 24 novembre.

Peste ; quarantaines.

La discussion est ouverte sur le septième paragraphe de la septième conclusion.

M. MÉLIER propose la rédaction suivante qui est, d'ailleurs, adoptée par M. Prus :

« Quelle que soit la patente, s'il y a à bord, » pendant la traversée, un ou plusieurs cas de » peste ou seulement de maladie suspecte, les » passagers et l'équipage devront être soumis » à la même quarantaine que s'ils arrivaient » d'un lieu où règnerait actuellement la peste » épidémique.

» Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

» Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les conditions seront déterminées par l'autorité sanitaire. »

L'amendement de M. Mélier est mis aux voix. L'Académie adopte successivement les trois paragraphes qui le composent.

Huitième paragraphe. —« Provisoirement, » et jusqu'à ce que des expériences décisives » aient été faites relativement à la transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, » plomber au départ les effets des voyageurs, » ou mieux encore, si cela est possible, les » soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée. »

L'article est adopté après quelque opposition de la part de M. Dubois (d'Amiens), Londe, Rochoux et Gérardin.

Neuvième paragraphe. — « Dans tous les » cas, regarder comme inutiles et illusoires les » moyens actuellement mis en usage pour » purifier les marchandises. »

Après une discussion très confuse, l'Académie adopte la rédaction de la commission.

Séance du 1er décembre.

M. le docteur Legrand se porte candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique.

Peste; quarantaines.

Sur la proposition de M. Poiseuille, la commission introduit dans la septième conclusion un article ainsi conçu :

« On insistera sur l'emploi d'un bon système » d'aération pendant la traversée. » (Adopté.)

Il ne reste plus à discuter que les paragraphes suivants :

« Disposer les lazarets de manière à assurer » l'isolement des pestiférés et en même temps » une parfaite aération. Les pestiférés devront » y recevoir tous les secours et tous les soins » qui sont donnés aux malades ordinaires. » (Adopté.)

M. Prus présente alors à l'Académie la rédaction définitive des conclusions (1).

M. le président met aux voix cette rédaction et l'ensemble du rapport.

A la première épreuve, l'Académie vote en masse l'adoption des conclusions.

A la contre-épreuve, M. Castel lève la main contre.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

M. Honoré : Je propose que des remercîments soient votés à M. le rapporteur.

De toutes parts : Oui ! oui !

M. le président : C'est avec bonheur que je transmets à M. Prus les remercîments de l'assemblée.

M. Prus quitte la tribune au milieu des applaudissements de l'assemblée.

Séance du 8 décembre.

Rétrécissement cartilagineux de l'urèthre; traitement par les scarifications et la dilatation graduée. — M. Guillon adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

« Quoi qu'en ait dit M. Villeneuve, président de l'ancienne commission d'Argenteuil, dans certaine note contre laquelle je proteste dès aujourd'hui, et que je me propose d'apprécier et de faire apprécier, quant à ce qui me concerne, à sa juste valeur une autre fois, je suis toujours au nombre des prétendants au prix fondé par le marquis d'Argenteuil. En conséquence, je viens vous prier de me permettre de soumettre à l'examen de l'Académie le nommé Liot, que j'ai opéré devant vous, monsieur le président, et vos collègues MM. Bourdon, Castel, Lagneau, Moreau, Nacquart et Renauldin. Cet homme était affecté, vous le savez, de deux rétrécissements fibreux, dont l'un, situé dans la portion spongieuse de l'urèthre, accessible au toucher et à la vue, avait été constaté par M. le professeur Velpeau. Ce chirurgien n'ayant pu traverser avec une sonde à dard ce premier rétrécissement, qu'il considérait comme étant de nature cartilagineuse et incurable, avait le projet de recourir au bistouri et à l'opération de la boutonnière pour l'enlever, lorsqu'il consentit à ce que je prisse chez moi le malade pour le soigner par la méthode que j'ai présentée au concours d'Argenteuil en janvier 1839.

» Aujourd'hui, par l'emploi de cette méthode qui est *mienne* (elle consiste en des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes, suivant l'indication, qu'on pratique dans les rétrécissements après les avoir convenablement dilatés), Liot, que vous avez déjà vu deux fois, est guéri de ces deux rétrécissements. On trouve à peine des traces de celui qui se trouvait dans la région spongieuse de l'urèthre, et qui formait un anneau volumineux qu'on distinguait parfaitement au toucher et à l'œil.

» Je crois devoir faire observer que la guérison aurait été plus prompte si le sujet n'avait point eu, à commencer à sa sortie de l'hôpital de la Charité, un certain nombre de furoncles très gros accompagnés d'un état fébrile qui m'a forcé plusieurs fois à suspendre son traitement.

» Pour assurer sa guérison, Liot devra continuer la dilatation temporaire pendant quelque temps encore. »

Théorie des fièvres intermittentes ; influence des alternatives de chaud et de froid sur les accès. — M. Piorry fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Audouard relatif à cette question. (Conclusions adoptées.)

Un commencement de discussion s'engage sur ce sujet entre M. Rochoux et M. Piorry. Sur la proposition de M. Gerdy, le bureau décide que cette discussion sera reprise et mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

— M. Piorry expose en quelques mots à l'Académie les résultats des expériences qui viennent d'être faites sur des animaux pour constater la réduction de la rate sous l'influence de l'administration de l'alcoolé de quinine.

Séance publique annuelle du 15 décembre.

Présidence de M. Roche.

Cette séance a été consacrée, suivant l'usage, à des lectures d'apparat et à la proclamation des prix. Voici le titre de ces lectures et l'ordre dans lequel elles ont eu lieu :

M. Malgaigne a lu un *Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie.*

M. Roche, président, a proclamé le nom des lauréats pour le concours de 1846, et a lu le programme des questions de prix proposées pour les années 1847 et 1848.

M. Pariset a lu l'éloge de M. Chevreul père, correspondant à Angers.

Prix de 1846.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1846 les questions suivantes ;

Prix de l'Académie. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible et les moyens chimiques de les constater ; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie, les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient.

Ce prix est de 1,500 fr.

(1) L'abondance des matières nous oblige de renvoyer cette rédaction au prochain n°. On en connaît d'ailleurs les termes ou du moins l'esprit.

L'Académie a décerné ce prix à M. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine à Paris.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Des altérations du système lymphatique dans le cancer.

Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse,» l'Académie avait proposé pour sujet du prix :

Du suicide.

Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix ; elle a accordé une mention honorable aux mémoires nos 5, 7, 8, 9 et 11, dont les auteurs sont MM. Tissot (Joseph), médecin à Dijon; Szafkowski-Rufin, à Beauzely (Aveyron); Bertrand (Louis), à Châlons-sur-Marne; Delahousse (A.-F.-J.-R.), à Saint-Pol (Pas-de-Calais), et M... (cet auteur ne veut pas être nommé).

Prix fondé par M. Itard. — La commission n'a pu encore terminer les travaux relatifs au jugement de ce prix. Il sera décerné en 1847.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. —Ce prix, pour la période de 1838 à 1844, n'ayant pas été donné, une nouvelle commission sera appelée à juger les travaux qui ont eu lieu, dans ce laps de temps, « sur les moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre. »

Prix pour la propagation de la vaccine. — M. le président proclame les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

Prix proposés pour l'année 1848.

Prix de l'Académie. — Etablir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques.

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du « meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie remet au concours le sujet de prix de 1846 :

Du suicide.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1848.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament* : « Je lègue à l'Académie royale de » médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 » pour 100, pour fonder un prix triennal de » 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre » ou meilleur mémoire de *médecine pratique* » ou de *thérapeutique appliquée ;* et, pour que » les ouvrages puissent subir l'épreuve du » temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils » aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — *Extrait de son testament* : « Je lègue à l'A- » cadémie de médecine de Paris la somme de » 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts » qu'elle produira du jour de mon décès, en » rentes sur l'Etat, dont le revenu accumulé » sera donné tous les six ans à l'auteur du per- » fectionnement le plus important apporté, » pendant cet espace de temps, aux moyens cu- » ratifs des rétrécissements du canal de l'u- » rèthre. Dans le cas, mais dans ce cas seule- » ment, où, pendant une période de six ans, » cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été » l'objet d'un perfectionnement assez notable » pour mériter le prix que j'institue, l'Acadé- » mie pourra l'accorder à l'auteur du perfec- » tionnement le plus important apporté du- » rant ces six ans au traitement des autres » maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850. Sa valeur sera de 8,238 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1847.

Prix de l'Académie. — De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme.

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation ner-

veuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

De l'asthme.

Ce prix sera de 1,000 fr.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre 1846.

Lithotritie. — M. CIVIALE adresse un mémoire dans lequel il expose les résultats de la lithotritie méthodiquement appliquée aux seuls cas qui la comportent. De 1836 à 1845, il a fait 266 applications de sa méthode, et il a obtenu 259 guérisons, dont quelques-unes incomplètes. Ce résultat est d'autant plus remarquable que le plus grand nombre des malades appartient à la vieillesse ; il n'y a eu que 5 enfants. 79 calculeux ont en outre réclamé ses soins ; mais il ne les a pas trouvés dans des conditions favorables à la lithotritie : 28 ont subi la taille, 17 avec avantage ; les autres ont conservé leur pierre et la plupart ont ensuite succombé par les progrès et les complications de la maladie.

M. Civiale fait lui-même observer que la mortalité est plus forte dans les nouvelles listes que dans les anciens tableaux qu'il a antérieurement présentés à l'Académie. La différence tient, dit-il, à ce qu'au début de sa pratique, il n'opérait que dans les cas très favorables ; il s'agissait du sort d'une nouvelle méthode sur le compte de laquelle on n'aurait pas manqué de mettre des évènements qui auraient dépendu uniquement du mauvais choix des sujets. Mais, aujourd'hui que la nouvelle méthode est jugée, le devoir du chirurgien est de recourir à l'opération qui offre le plus de chances de sauver le malade, et, quoique le résultat soit incertain, la lithotritie permet encore plus que la taille de compter sur le succès. Ainsi ce que la lithotritie semble avoir perdu en sûreté, elle l'a gagné en extension.

NOUVELLES MÉDICALES.

Concours pour douze places d'agrégés près la Faculté de médecine de Paris, par ordre du ministre de l'instruction publique, grand maître de l'Université. — Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public, devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés vacantes dans cette Faculté, savoir :

Cinq pour la médecine ;

Trois pour la chirurgie ;

Une pour les accouchements ;

Trois pour les sciences physiques, pharmaceutiques et naturelles.

Ce concours sera ouvert le 2 janvier 1847.

Les candidats qui obtiendront le titre d'agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1847.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont :

D'être Français ; de jouir des droits civils ; de présenter un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie obtenu devant une des Facultés du royaume ; d'avoir l'âge de 25 ans accomplis.

Le concours se composera des épreuves suivantes :

1° Une composition écrite, faite à huis clos, sur une question mixte relative aux diverses matières d'enseignement de chaque section d'agrégation ;

2° Une leçon faite, après trois heures de préparation, sur un des objets d'enseignement de la section pour laquelle les candidats auront opté;

Après ces premières épreuves, le jury procédera à l'élimination des concurrents, de manière qu'il n'en reste pas plus de trois pour chaque place ;

3° Une leçon faite après vingt-quatre heures de préparation;

Les concurrents définitifs devront subir en outre les épreuves pratiques déterminées par le règlement ;

4° Une épreuve clinique, dont la durée sera de trois quarts d'heure, pour les concurrents non éliminés dans les sections de médecine et de chirurgie ;

5° Une thèse ou dissertation, dont le sujet sera choisi conformément au règlement.

Les candidats qui désireront se présenter à ce concours sont invités à remettre ou à envoyer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité exigées, savoir :

1° Copie légalisée de leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur.

Ces pièces devront être déposées au secrétariat de la Faculté au plus tard le 2 décembre 1846 pour les candidats en médecine ; le 2 mars 1847 pour les candidats en chirurgie ; et le 2 juin suivant pour les candidats de la section des sciences : époques où les registres seront clos définitivement.

— La liste d'inscription des candidats pour le concours de l'agrégation (section de médecine), qui doit s'ouvrir devant la Faculté de Paris le 2 janvier prochain, a été close le 2 décembre présent mois.

Vingt-deux candidats seulement se sont fait inscrire. Evidemment l'obligation récente de l'élimination porte ses fruits : à l'avant-dernier concours, il y avait 37 candidats inscrits ; au dernier, 28; à celui-ci, 22.

Nous publierons les noms de ces concurrents lorsque leur candidature aura l'approbation du ministre.

— *Prix décernés à la Faculté de médecine de Strasbourg.*—Prix de l'Université : premier second prix : M. Simon (Jean-Joseph), de Nancy.

Médaille d'argent pour la meilleure thèse soutenue dans l'année scolaire : M. Dauvé (Claude-Henri), de Leffond (Haute-Marne), auteur de la dissertation intitulée : *Des indications thérapeutiques.*

Sont mentionnés honorablement : MM. Morel, Moye, Simon, Scheullbach et Ramber-

ger, comme ayant obtenu, à la suite du concours, dans le courant de l'année scolaire écoulée, savoir : le premier, l'emploi de prosecteur; les deuxième, troisième et quatrième, celui d'internes à l'hospice civil; le cinquième, l'emploi d'aide de botanique.

Ecole de pharmacie. — Premier prix (médaille d'or) : M. Pauli, de Landau (Bavière rhénane).

Deuxième prix. — (Médaille d'argent) : M. Soller (Victor), d'Altkirch (Haut-Rhin).

— Voici les principales dispositions d'une ordonnance concernant *la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens* :

Art. 5. La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin ou d'un chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

Cette prescription doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

Art. 6. Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions avec les indications qui précèdent sur un registre établi dans la forme déterminée paragraphe 1er de l'art. 3.

Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc.

Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues de leur cachet, et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre.

Ledit registre sera conservé pendant vingt ans au moins, et devra être présenté à toute réquisition de l'autorité.

Art. 7. Avant de délivrer la préparation médicale, le pharmacien y apposera une étiquette indiquant son nom et son domicile, et rappelant la destination interne ou externe du médicament.

Art. 8. L'arsenic et ses composés ne pourront être vendus, pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances.

Les formules de ces préparations seront arrêtées sous l'approbation de notre ministre secrétaire d'État de l'agriculture et du commerce, savoir :

Pour le traitement des animaux domestiques, par le conseil des professeurs de l'École royale vétérinaire d'Alfort;

Pour la destruction des animaux nuisibles et pour la conservation des peaux et objets d'histoire naturelle, par l'École de pharmacie.

Art. 9. Les préparations mentionnées dans l'article précédent ne pourront être vendues ou délivrées que par les pharmaciens, et seulement à des personnes connues ou domiciliées.

Les quantités livrées, ainsi que le nom et le domicile des acheteurs, seront inscrits sur le registre spécial dont la tenue est prescrite par l'art. 6.

Art. 16. La vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'embaumement des corps et la destruction des insectes.

Art. 11. Les substances vénéneuses doivent toujours être tenues, par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens, dans un endroit sûr et fermé à clé.

— Sur la présentation de M. le ministre de l'intérieur, M. Fleurus-Léger, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Cabasse, un des prisonniers de la Deïra, vient d'être nommé par le roi chevalier de la Légion-d'Honneur, récompense bien due au dévouement admirable dont M. Cabasse a donné tant de preuves en faveur de ses compagnons de captivité.

— M. le docteur A. Aulagnier vient d'être nommé médecin en chef de l'École polytechnique, en remplacement de M. le docteur Duponchel, décédé.

Associations médicales des départements. — Le ministre de l'intérieur a refusé d'autoriser ces associations provoquées par la commission permanente du Congrès médical. C'est dans ces conjonctures que la commission permanente, par l'organe de son secrétaire général, s'est adressée à M. Orfila. Sur la déclaration que les associations projetées n'avaient d'autre but et d'autre caractère que l'association de prévoyance des médecins de Paris, M. le doyen a consenti à faire les démarches nécessaires auprès du ministre dans le but d'obtenir la levée des entraves apportées au développement des associations départementales.

— Il va être fait au cimetière du Mont-Parnasse un essai destiné à chercher le moyen de remédier aux inhumations précipitées.

Une salle des morts y sera établie, et les corps y resteront exposés pendant vingt-six heures avant leur inhumation définitive. Ces corps, ainsi exposés, seront soumis à des observations de la part d'une commission scientifique.

— Le conseil municipal d'Orléans vient de supprimer la subvention de 8,000 fr. qu'il allouait à l'Ecole de médecine établie depuis trois ans dans cette ville. L'expérience a été infructueuse. L'Ecole de médecine d'Orléans, trop rapprochée de celle de Paris, ne recevait pas d'élèves.

Nécrologie.

Tommasini, l'une des célébrités médicales de l'Italie, vient de mourir.

M. Adolphe Mayer, ventouseur, rue du Bac, 59, a l'honneur de prévenir MM. les docteurs en médecine qu'il s'occupe spécialement de l'application des ventouses, et prend la liberté de se mettre à leur disposition pour l'emploi de sa spécialité dans leur pratique.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — FÉVRIER 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique chirurgicale.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Autoplastie.

L'origine de l'autoplastie remonte aux premiers temps de l'histoire des Indiens. Certaines castes avaient alors le privilége de pratiquer cette opération, et c'était surtout à la rhinoplastie qu'elles s'étaient appliquées, comme l'indique le procédé des brahmes encore employé de nos jours.

Au quinzième siècle, une famille sicilienne, la famille Branca, avait conservé des traditions pareilles. Mais Gaspard Tagliacozzi, chirurgien italien, est le premier qui les ait fait passer dans le domaine de la chirurgie pratique.

Oubliées depuis et regardées comme impraticables, les opérations autoplastiques furent remises en honneur par Carpue, chirurgien anglais, puis par Graefe et le professeur Dieffenbach en Allemagne, puis enfin par les chirurgiens français. Depuis le commencement du siècle, l'autoplastie a pris rang dans la médecine opératoire, comme une méthode générale, au moyen de laquelle non-seulement on corrige des difformités repoussantes, mais on crée de toutes pièces certains organes dont l'absence gêne ou suspend des fonctions importantes.

C'est ainsi qu'elle peut suppléer à la destruction d'une paupière qui entraîne l'inflammation, la perforation du globe de l'œil; oblitérer des fistules aériennes ou des perforations de la voûte palatine qui rendent le malade incapable de prononcer un mot. Elle peut remplacer une lèvre, une joue entière, dont l'absence, laissant à la salive une issue continuelle, amenait par-là des troubles dans la digestion et un affaiblissement rapide du malade.

En un mot, l'autoplastie remédie le plus souvent, par une opération peu dangereuse, à des états pathologiques très graves.

Nous avons, dans un autre article (1), cité trois cas où la perforation de l'œil n'avait été prévenue que par la restauration de la paupière, et un cas où l'opération ayant été rendue impossible par la présence du tissu cicatriciel, l'œil avait été perdu. Nous rapporterons encore ici trois opérations : une blépharoplastie, une génioplastie et une uranoplastie.

Obs. 1. — *Uranoplastie.* — Le nommé Gougibus, âgé de vingt-quatre ans, doreur, entra, le 27 octobre, dans la salle Saint-Jean, n° 18. Cet homme avait contracté la syphilis six ans auparavant; n'ayant pas fait de traitement suivi, il eut au bout de quelque temps une carie, puis une perforation de la voûte palatine; lorsqu'il entra dans les salles de M. Blandin, cette perforation avait environ un centimètre de longueur et huit millimètres de largeur; placée à la partie moyenne du plancher de la bouche, elle laissait apercevoir la cloison du vomer, située au-dessus d'elle. Les mucosités nasales passaient en grande partie par cette ouverture, et le malade éprouvait les plus grandes difficultés pour parler distinctement. M. Blandin résolut d'obturer cette ouverture en prenant un lambeau sur la voûte palatine.

Dans une première opération, faite le 25 novembre, le chirurgien disséqua la muqueuse d'arrière en avant. Le lambeau fut poussé par un mouvement de bascule vers le trou de la voûte palatine, et fixé par trois points de suture aux bords avivés de cette ouverture. Pour disséquer dans une partie aussi incommode que la voûte palatine, M. Blandin se servit de bistouris courbés sur le plat, de telle façon qu'en les introduisant perpendiculairement et de bas en haut dans la bouche, une partie de la lame se trouve couchée horizontalement sur la voûte. Dans la journée, le malade eut une hémorrhagie assez forte. On s'étonnerait au premier abord de voir une hémorrhagie à la suite d'une si petite opération, si l'on ne savait que les artères palatines postérieures ont un volume assez considérable, et qu'une fois blessées, elles restent béantes, à cause de leur adhérence à l'os et à la membrane fibro-muqueuse qui les recouvre. Une légère cautérisation arrêta l'hémorrhagie; mais, peu de jours après, une partie du lambeau tomba en gangrène, et la rétraction des tissus rendit l'opération inutile. M. Blandin reconnut que la gangrène venait de ce que le lambeau, ayant été taillé d'arrière en avant, ne recevait dans son pédicule que les plus petits rameaux de l'artère palatine; aussi, dès que le malade fut guéri, il entreprit de nouveau l'opération en conservant le pédicule en

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1846.

arrière pour qu'il fût dans la même direction que les branches de l'artère palatine postérieure. Cette fois le résultat fut tout-à-fait favorable; aucun incident n'entrava la guérison; on enleva les fils le 15 décembre; les adhérences étaient formées; il ne restait qu'un petit pertuis en arrière, que des cautérisations avec le nitrate d'argent feront disparaître sans peine.

Obs. 2. — *Cancer de la face. — Résection du maxillaire inférieur. — Génioplastie.* — Fourmont (Pierre), âgé de vingt-huit ans, entra dans notre service, salle Saint-Jean, n° 32, le 10 mai 1846, pour un ulcère cancéreux qui envahissait la moitié de la lèvre inférieure du côté droit et une partie de la joue. Une première opération, faite à cette époque, avait réussi parfaitement; on avait enlevé la moitié de la joue; les lambeaux, réunis par six épingles, s'étaient agglutinés par première intention. Au bout de quatorze jours le malade était sorti de l'hôpital.

Mais il y rentra le 4 septembre dans un état déplorable. Le cancer avait recommencé, et ses progrès étaient effrayants; il envahissait d'une part les chairs de la joue, d'autre part l'os maxillaire lui-même.

M. Chassaignac, qui remplaçait alors M. Blandin, résolut de faire la résection de la mâchoire inférieure. L'opération offrit beaucoup de difficultés, parce que les adhérences de l'os avec la joue empêchaient le malade d'ouvrir la bouche; on parvint cependant à désarticuler le condyle, et l'os ayant été scié sur la ligne médiane, on enleva toute la tumeur; il en résulta une vaste perte de substance que l'on tâcha de dissimuler en relevant les chairs du cou, en abaissant celles qui restaient de la joue; on parvint, en effet, à les joindre avec des épingles; mais le tiraillement des parties était considérable; le gonflement qui survint l'augmenta encore, et l'inflammation ayant été très vive, on fut obligé de renoncer à la réunion par première intention.

Les deux lèvres de la plaie se cicatrisèrent séparément, et la rétraction du tissu inodulaire en diminua considérablement l'étendue; il resta néanmoins une échancrure qui avait cinq centimètres de longueur et deux de hauteur. Le bord inférieur de cette échancrure était au niveau du plancher inférieur de la bouche, en sorte que le malade perdait beaucoup de salive.

Cette perte continuelle ne tarda pas à l'affaiblir; il digérait mal, et souvent il était pris d'une diarrhée violente; l'articulation des mots et la parole étaient presque impossibles, et ce n'était qu'avec les plus grandes difficultés que le malade pouvait se faire comprendre.

M. Blandin, qui avait repris le service depuis quelque temps, jugea qu'il fallait sans retard réparer la perte de la joue, et le 9 novembre il se décida à faire la génioplastie.

Trois raisons engageaient à la faire :

1° Corriger une difformité repoussante;

2° Empêcher l'écoulement de la salive qui épuisait le malade;

3° S'opposer par l'opération autoplastique à la récidive du cancer.

Cette dernière raison engageait à pratiquer l'autoplastie plutôt que la simple prothèse mécanique. Des expériences, dont le nombre, il est vrai, n'est pas encore suffisant pour être décisif, tendent à faire croire que le lambeau emprunté à un autre région, en modifiant la vitalité des tissus avec lesquels il est mis en contact, s'oppose à la récidive du cancer.

On lit, en effet, dans la thèse de M. le professeur Blandin sur l'autoplastie, que, sur quinze malades opérés de cancer, la récidive n'avait été notée que deux fois, et dans ces deux cas l'autoplastie avait été faite par le simple procédé du glissement des parties.

Restait à déterminer dans quelle région on prendrait le lambeau réparateur; si on l'avait pris dans la région du col, la peau aurait été trop fine, le lambeau n'aurait pas contenu assez de vaisseaux pour survivre à l'opération; enfin, il se serait écarté par son propre poids du point de réunion où on l'aurait fixé.

C'est pourquoi M. Blandin résolut de prendre le lambeau à la région temporale, de telle façon qu'il fût dirigé par son propre poids à la place qu'il devait occuper. L'empreinte fut prise, la bouche étant ouverte, et le lambeau fut taillé plus grand encore, parce qu'il faut toujours prévoir la rétraction consécutive. Enfin, l'épaisseur du lambeau fut constituée non-seulement par la peau, mais par le tissu cellulaire et le muscle occipito-frontal, pour que le pédicule contînt l'artère temporale.

Suivant Dieffenbach, quand le lambeau contient une grosse artère, il faut la détruire, sinon il devient rouge, se gonfle beaucoup et meurt en grande partie par réplétion sanguine.

M. Blandin, au contraire, croit que plus il y a d'artères dans le lambeau, plus on a de chances de le conserver; et c'est pour cela qu'il conserve soigneusement l'artère temporale.

Après avoir avivé le contour de l'échancrure, on appliqua le lambeau, qui fut maintenu par sept points de suture, quatre en bas et trois en haut. On pansa la plaie de la tempe; on ne mit qu'un linge cératé sur le lambeau, afin de n'exercer aucune compression sur lui. Le lambeau garda sa vitalité; on n'y remarqua ni tuméfaction ni œdème.

Le 11 novembre, on retira tous les fils, excepté les deux qui correspondaient aux commissures, qui ne furent ôtés que le surlendemain.

Le lambeau était réuni à son bord supérieur, mais l'écoulement de la salive s'était opposé à la réunion inférieurement.

Le 22 novembre, on aviva de nouveau les bords inférieurs qui furent retenus par cinq points de suture enchevillée; on obtint cette fois la réunion des deux tiers de l'ouverture; mais, en levant les fils le 28, on s'aperçut

qu'il existait encore une ouverture d'environ deux centimètres.

Cependant, le lambeau paraissant plein de vie et les adhérences étant consolidées, on songea à détruire le pont qui existait sous le pédicule retourné et à faire la section du pédicule lui-même pour supprimer le mouvement de rotation du lambeau et la saillie qui en est la suite.

Cette opération fut faite le 11 décembre. Au moment où l'on coupa l'artère temporale, l'extrémité du pédicule devint livide, puis tout-à-fait noire, et, les jours suivants, toute la partie du lambeau qui n'avait pas contracté d'adhérence et qui formait le pont dont nous avons parlé tomba en gangrène. Heureusement cette partie était complètement inutile, et sa perte n'entravait aucunement le succès de l'opération.

Néanmoins, on doit voir par cet accident combien il importe de retarder la section des pédicules autant que possible, contrairement au précepte de Tagliacozzi, qui recommande dans la rhinoplastie de couper le lambeau brachial au bout de huit à neuf jours.

L'observation de notre malade s'arrête ici, et si nous n'avons pas la satisfaction d'avoir pu le suivre jusqu'au moment d'une guérison complète, du moins celle-ci est tellement avancée, qu'il suffira de peu de jours pour l'achever et rendre le malade à ses occupations habituelles.

Obs. 3. — *Blépharoplastie.*—Tassin (Louis-Joseph), âgé de vingt-quatre ans, tonnelier, entré, le 25 novembre, dans la salle Saint-Jean, n° 25, reçut, il y a près de quinze ans, un coup de coude contre la paroi inférieure de l'orbite; il en résulta une carie d'une petite portion de l'os, et accompagnée d'une suppuration qui ne se termina qu'au bout de dix ou douze ans. La plaie finit par se fermer; mais, à la suite de cette affection, il se forma une adhérence vicieuse de la paupière avec la cicatrice de l'os, de telle sorte que, retenue en bas et renversée en dehors, cette paupière ne pouvait remonter pour couvrir l'œil. La conjonctive palpébrale était rouge et enflammée; l'œil lui-même commençait à être affecté. On prévint le malade qu'il ne tarderait pas à le perdre s'il ne se déterminait à une opération qui permît de restaurer la paupière. Il y consentit, et M. Blandin pratiqua la blépharoplastie, le 27 du mois. Pour cela, il incisa dans toute sa longueur la cicatrice vicieuse et décolla, non sans peine, l'adhérence de la paupière; puis il tailla sur la partie antérieure de la tempe gauche un lambeau long de deux pouces environ, large de six lignes. Il fut détaché jusqu'à sa base et appliqué, par un mouvement de torsion, dans l'intervalle des lèvres de la plaie, à la place résultant de l'incision de la cicatrice. Il fut fixé par trois points de suture: un en haut, l'autre en bas, le troisième antérieur.

Quoiqu'on eût pris soin de lier tous les vaisseaux qui donnaient du sang, il y eut sous le lambeau une petite hémorrhagie qui dura toute la journée et le lendemain, et empêcha la réunion par première intention.

Au bout de quelques jours, le malade fut pris d'un érysipèle à la face. De nombreux antiphlogistiques, saignées, sangsues, glace sur la tête, diminuèrent singulièrement la force de cette affection qui disparut peu à peu et n'envahit point le tronc.

Néanmoins l'inflammation traumatique, rendue plus violente par la présence de cet érysipèle, détermina la gangrène de l'extrémité du lambeau. On fut obligé de recourir à la réunion primitive, et l'on chercha à le maintenir dans une bonne situation au moyen d'une légère compression exercée par une bandelette de diachylum. Ce moyen eut un plein succès. Le lambeau ayant été taillé très grand, plus grand même qu'il n'était rigoureusement nécessaire, se trouva, par le fait de la gangrène de son extrémité, réduit à des proportions encore suffisantes, et la compression le repoussant contre la paupière, il finit par y contracter des adhérences. L'opération en est maintenant à ce point; la cicatrisation n'est pas encore complète, mais tout annonce une guérison prochaine et entière.

Luxations.

Obs. 1. *Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique.* — Le 3 novembre, on reçut à la salle Saint-Jean, n° 12, le nommé Houclerc, charpentier, âgé de trente-trois ans, qui venait de faire une chute d'environ vingt pieds. En l'examinant avec soin, nous pûmes constater l'état suivant :

La région fessière était saillante et rebondie; on sentait au-dessus de la tubérosité sciatique et un peu en arrière, vers l'échancrure du même nom, une saillie considérable, qui augmentait dans la flexion du membre. Elle parut formée par la tête du fémur, car on sentait le grand trochanter bien plus en avant.

Le membre était tourné en dedans, légèrement fléchi; on le mesura de l'épine iliaque à la rotule, de la rotule à la malléole externe, et les mêmes mesures prises de l'autre côté donnèrent une longueur égale. Les mouvements étaient très douloureux et l'on ne pouvait porter le membre en dehors.

Ajoutons, enfin, que dans le repos le plus complet le malade souffrait des douleurs très vives qui lui arrachaient des cris continuels. Nous n'avions point ici de fracture, car dans la fracture du fémur la jambe est tournée en dehors; il y a presque toujours un raccourcissement notable; les mouvements sont douloureux il est vrai, mais le chirurgien peut sans peine ramener le membre en dedans; enfin la crépitation lève tous les doutes.

C'était donc une luxation; mais de quelle espèce? Elle fut déterminée de la manière suivante :

Dans toutes les luxations en avant, le membre est dans la rotation en dehors; elles étaient donc nécessairement éliminées, et nous n'a-

vions plus à choisir que parmi les luxations en arrière. Celles-ci sont de trois sortes, savoir: 1° directement en bas, *luxation obturatrice*; 2° en haut et en dehors, *luxation iliaque*; 3° presque directement en arrière, *luxation dans l'échancrure sciatique*. Mais dans la luxation directement en bas le membre est allongé. Dans la luxation iliaque, le membre est au contraire sensiblement raccourci.

Nous avions donc une luxation presque directement en arrière dans l'échancrure sciatique. Dans cette position, la tête de l'os est ordinairement appliquée sur le contour de l'échancrure; cependant on l'a vue quelquefois complètement enfoncée dans cette échancrure, soit qu'elle y eût été amenée primitivement par la cause qui avait produit la luxation, soit à la suite de tentatives de réduction mal dirigées.

Maintenant que nous savons quelle position occupait la tête fémorale, nous comprendrons les vives douleurs du malade. En effet, la tête du fémur pressait le nerf fessier supérieur, qui se contourne sur la partie supérieure de l'échancrure sciatique, et le nerf sciatique lui-même était probablement comprimé. M. Blandin eut l'année dernière deux cas analogues. Sur un malade entré dans le service pour une luxation dans l'échancrure sciatique, on remarqua de vives douleurs sur le trajet du nerf sciatique, et une insensibilité presque complète des orteils. Quelques jours après, un autre malade se présenta avec une luxation en haut et en avant; la tête fémorale comprimait le nerf crural, produisait de grandes douleurs sur son trajet et une insensibilité de la peau de la cuisse.

Réductions. — Quant au malade qui nous occupe aujourd'hui, voici comment on disposa les lacqs pour effectuer la réduction :

On coucha le malade sur une table très courte; un lacq fut passé dans le pli de l'aine du côté droit (la luxation étant à gauche), et les deux bouts furent fixés à un anneau de fer; un autre lacq fut appliqué sur le sommet de la crête iliaque gauche pour corriger l'obliquité du premier.

Un troisième lacq fut fixé à l'extrémité du pied pour servir à l'extension. Huit aides tirèrent lentement, et horizontalement, dans la direction du membre, c'est-à-dire en dedans. On interpella vivement le malade pour le distraire; au même instant un craquement se fit entendre, la jambe éprouva un mouvement de rotation en dehors, et la réduction était complète.

Le malade fut ensuite tenu dans un repos absolu pendant vingt-cinq jours, puis il commença à se lever, s'exerça à marcher, et sortit guéri le 3 décembre, un mois après son entrée à l'hôpital et la réduction du membre qui avait été effectuée le même jour.

Obs. 2. *Luxation du bras.—Érysipèle de la face.—Mort du malade.—Examen des pièces.* — Vers le milieu du mois d'octobre, un ouvrier de Poissy, âgé de quarante-huit ans, entra dans notre service pour une luxation sous-coracoïdienne, qu'on avait en vain essayé de réduire, quoiqu'elle existât depuis peu de jours. M. Blandin parvint à la réduire au moyen d'une forte extension opérée par six aides. Le malade resta dans nos salles pour y garder quelque temps le repos. Mais le 6 novembre il fut pris d'un érysipèle à la face, de délire, d'une fièvre vive; il résista néanmoins aux premiers accidents, et l'érysipèle s'étant terminé, il paraissait devoir guérir, mais le délire continua, le malade s'affaiblit et maigrit rapidement, ses forces déclinèrent chaque jour, il mourut le 23 décembre.

A l'autopsie, nous ne laissâmes point échapper l'occasion d'examiner la luxation de l'humérus, et de déterminer les altérations auxquelles elle avait donné lieu. En effet, nous trouvâmes des désordres qui n'avaient pas été soupçonnés pendant la vie, et dont il est important de constater l'existence pour le pronostic des luxations du bras.

A la partie antérieure de la cavité glénoïde existait une rupture de la capsule fibreuse; quoique la luxation fût réduite depuis plus de vingt-cinq jours, la capsule n'avait point contracté de nouvelles adhérences, mais, par suite probablement de la rétraction des tissus, l'ouverture n'avait guère que l'étendue d'une pièce de vingt sous, incapable désormais de laisser passer la tête de l'humérus.

En outre, une portion du tendon du triceps, qui s'insère d'une part à la capsule même, d'autre part au bord de l'omoplate, avait été arrachée malgré sa grande épaisseur. Enfin la tête de l'humérus avait glissé en partie, pendant la luxation, sous le muscle sous-scapulaire, et la portion de la fosse sous-scapulaire la plus voisine de la cavité glénoïde offrait un périoste altéré, ecchymosé, enflammé en plusieurs points.

Mais ce qui était plus important à noter, c'est la rupture des tubérosités de l'humérus. Le trochiter, entraîné en arrière par le sous-épineux et le petit rond, formait un fragment triangulaire, dont le sommet, dirigé en bas, avait déchiré le périoste.

Deux autres fragments moins volumineux correspondaient au muscle sus-épineux.

Il y a deux manières d'expliquer cette fracture des tubérosités de l'humérus. En effet, le malade avait été renversé par le choc violent d'une roue de voiture qui lui frappa l'épaule. La fracture pourrait donc être le résultat direct de cette violente contusion.

D'une autre part, on conçoit que la tête fémorale, au moment où elle déchire la capsule en avant, est violemment retenue par les tendons du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond. Dans ces cas, le plus souvent, d'après M. le professeur Cruveilhier, les tendons résistent et les parties osseuses, où elles s'insèrent, cèdent de préférence.

De quelque façon que la fracture ait été produite en ce cas, il doit souvent arriver de pareilles complications à la suite des luxations du bras, et c'est peut-être à l'inflammation

qui en est le résultat que l'on doit attribuer ces adhérences vicieuses de la tête de l'os avec la cavité glénoïde qui arrivent assez souvent comme accident consécutif.

Anévrysmes.

Anévrysme poplité.—Gangrène de la jambe. —Amputation.— Mort de la malade.— Madeleine Hildenbrandt, âgée de soixante-six ans, entra le 11 octobre au n° 15 de la salle Saint-Paul.

Elle s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans, d'une petite tumeur au creux poplité gauche ; cette tumeur n'empêchait point la station ni la marche, et produisait seulement un peu de gêne. Du reste la santé paraissait bonne, et jamais dans la famille de cette femme il n'y avait eu ni rhumatisme ni anévrysme. Peu à peu la tumeur augmenta, gêna les mouvements ; la malade en vint à ne plus pouvoir marcher. Lorsqu'elle entra dans l'hôpital, elle tenait sa jambe dans un état de demi-flexion, et se plaignait de fourmillements, de douleurs parfois très vives. Le membre était violacé, légèrement œdémateux, sillonné de veines variqueuses ; la chaleur vitale allait en diminuant jusqu'à l'extrémité du pied, qui était tout-à-fait froid ; la sensibilité était presque éteinte. Si l'on remontait en arrière jusqu'au creux poplité, on trouvait une tumeur assez dure, du volume d'un œuf, oblongue de haut en bas, douée de battements simultanés avec ceux du cœur et des artères. La compression de l'artère fémorale arrêtait les battements, qui revenaient ensuite par saccades ; lorsqu'on appliquait l'oreille, on entendait un bruit de souffle très fort. La jambe ne pouvait s'étendre complètement, et les tendons des muscles qui cernent le creux poplité étaient écartés pour loger la tumeur.

On reconnut à ces signes un anévrysme volumineux et donnant lieu par la compression des vaisseaux à des accidents graves, qui rendaient la gangrène imminente.

Deux jours après, la jambe était entièrement froide ; le pied et la moitié du mollet, d'une couleur livide, présentèrent de larges plaques où l'épiderme s'était détaché.

Le 15, la gangrène n'avait pas fait de progrès ; elle s'arrêtait par une ligne tranchée au milieu de la jambe, mais le reste était gonflé, rouge, douloureux. La malade commençait à s'affaiblir et avait une fréquente diarrhée, le pouls était à 100 ; quinquina en cataplasme, lavement amidoné.

Les jours suivants, le pied et toute la partie mortifiée devinrent entièrement noirs, la peau se détacha par larges lambeaux, et le sillon qui séparait les parties saines se manifesta davantage.

Le 22, la séparation s'étant bien prononcée et la malade se trouvant disposée à subir une opération, l'amputation fut résolue.

Elle fut faite au tiers inférieur de la cuisse, par la méthode circulaire. La plaie fut ensuite réunie d'avant en arrière avec des bandelettes agglutinées.

La journée du lendemain fut bonne, la nuit agitée ; les jours suivants la malade eut une rétention d'urine qui se termina bientôt.

Mais au bout de quelque temps le moignon devint très douloureux, la fièvre augmenta, la malade s'affaiblit rapidement, et mourut enfin le 10 novembre, dix-huit jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — Nous allons passer maintenant à l'examen de la tumeur et aux observations pratiques qu'il a suggérées à M. Blandin.

Situé à la partie inférieure du creux poplité, l'anévrysme était entouré par les muscles jumeaux en bas, et les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps en haut.

Sa forme était celle d'un sac quadrilatère, légèrement arrondi sur ses faces latérales, développé aux dépens de la paroi antérieure de l'artère. Cette poche faisait saillie dans le creux poplité du côté de l'os bien plus qu'en arrière. Cela se conçoit aisément, parce que la gêne que la tumeur apportait dans les mouvements de l'articulation forçait la malade à tenir son membre courbé à angle droit, de telle façon que la tumeur trouvait en ce point une cavité toute prête à la recevoir. Il est d'ailleurs reconnu que les aponévroses opposent toujours aux anévrysmes une résistance plus grande que les parties osseuses elles-mêmes.

La veine fémorale, située en arrière de l'artère et un peu en dehors, lui était intimement adhérente et formait une courbe qu'embrassait la convexité du sac distendue par cette marche forcée ; elle comprimait d'une part la tumeur sur laquelle elle avait causé un sillon, d'autre part elle était comprimée, aplatie, et, quoique son calibre ne fût pas oblitéré, la circulation devait y être très difficile.

Nous avons vu, du reste, comment le système veineux superficiel suppléait en partie à l'insuffisance des veines profondes, et comment elles avaient subi la dilatation variqueuse.

Le nerf sciatique poplité interne, placé en dedans de la veine, bridait aussi la tumeur et y formait une dépression sensible. A son tour il était aplati, déformé, rougeâtre et probablement impropre à transmettre l'innervation.

L'artère n'était dilatée que dans la moitié antérieure de sa circonférence ; l'autre moitié n'avait subi aucun changement de diamètre et se continuait sans distinction avec les portions supérieures et inférieures du vaisseau ; seulement on remarquait que les parois contenaient dans leur épaisseur des concrétions cartilagineuses et osseuses. Ces concrétions sont communes chez les vieillards et deviennent parfois la cause des anévrysmes ; car elles déchirent à la longue la membrane interne de l'artère, et le sang infiltré entre les membranes les distend dès lors d'une manière indéfinie.

Au-dessous de la tumeur, l'artère présentait encore quelques concrétions. C'en était assez pour justifier ce précepte de médecine opératoire, que, dans la ligature des tumeurs anévrysmales, on doit s'écarter autant que possible de la tumeur pour ne pas rencontrer l'ar-

tère encore malade au point où l'on tenterait l'opération. Il restait encore à examiner un point important, à savoir, si les collatérales qui naissent sur la tumeur et dans son voisinage sont encore perméables, ou si elles sont oblitérées. En effet, cela conduit à savoir si la méthode de Brasdor peut être applicable, ou si dans aucun cas on ne peut y recourir avec chance de succès. C'est pourquoi on examina soigneusement les artères articulaires et les jumelles qui naissaient sur le sac anévrysmal : elles étaient perméables assez près de la tumeur, mais le stylet ne pouvait pénétrer jusqu'à l'intérieur du sac. A l'ouverture de celui-ci, la chose fut facile à comprendre : le sac était entièrement rempli par des caillots fibrineux coagulés. Il était donc impossible que le sang pénétrât dans les collatérales naissant sur son pourtour. Mais le calibre de l'artère elle-même était perméable, et le sang y coulait comme dans l'état normal ; il en était de même d'une collatérale qui naissait de cette paroi postérieure libre : le sang y circulait.

Cet exemple semble prouver que lorsque l'artère n'est altérée que d'un seul côté, les collatérales qui naissent de l'autre partie sont libres. Il en résulte que, pour la méthode de Brasdor, il serait important et même indispensable de pouvoir reconnaître si l'artère est anévrysmale dans tout son pourtour ou seulement sur un point de sa circonférence. Dans le premier cas, en effet, l'opération serait praticable; dans le second, elle serait infructueuse.

Le sac, avons-nous dit, était rempli entièrement de caillots fibrineux coagulés et très denses. Cette oblitération du sac est reconnue comme un mode de guérison spontanée des anévrysmes, et il est très probable que si la gangrène ne s'était pas déclarée dans le membre par suite de la compression des autres vaisseaux et des nerfs, la malade aurait pu guérir sans opération.

En effet, la nature avait fait là ce que l'art s'efforce de faire au moyen des réfrigérants, de la compression, des astringents, et ce que M. Pétrequin, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a exécuté d'une manière bien plus efficace dans ces derniers temps au moyen de l'électricité, qui coagule le sang contenu dans l'anévrysme. Une fois le sac oblitéré par les caillots fibrineux, ceux-ci se décolorent, deviennent plus solides, plus durs, puis sont résorbés en tout ou en partie; le sac anévrysmal qui suit la même évolution se rétracte à son tour ; en sorte que le malade, au lieu d'une affection grave, n'a plus qu'une tumeur indolente et sans danger.

Cancer des lèvres. — Extirpation. — Résection partielle de la mâchoire inférieure. — Phlébite des veines de la face et de la veine ophthalmique.

Un homme robuste, âgé d'environ 40 ans, entra le 15 octobre dans la salle Saint-Jean, n° 13, pour un *noli me tangere* ulcéré déjà depuis longtemps. Le cancer avait envahi toute la circonférence des lèvres. Connaissant toute la gravité de sa maladie, cet homme demandait instamment l'opération. On la pratiqua le 18 octobre ; on disséqua les deux lèvres. Au-dessous, la tumeur cancéreuse était adhérente à la partie gauche du maxillaire inférieur; aussi fut-on obligé de réséquer une portion considérable de cet os ; on réunit ensuite les bords de la plaie au moyen de trois points de suture ; mais les jours suivants le gonflement fut si considérable qu'on fut obligé de tout relâcher.

Le deuxième jour, on trouva une moitié de la face gonflée et rouge; l'on s'attendait à un érysipèle, lorsqu'on vit apparaître successivement :

1° Un cordon rouge, dur et douloureux au milieu du front, sur le trajet de la veine préparate ;

2° Une exophthalmie ;

3° Un œdème jaunâtre du tissu cellulaire sous-conjonctival.

A la présence de ces signes, M. Blandin reconnut une phlébite de la veine ophthalmique et des veines de la face. Il porta un diagnostic très grave. Le malade était en proie à une fièvre violente qui augmentait à chaque heure.

Le lendemain soir, le pouls devint petit, filiforme ; les battements du cœur ne s'entendaient presque plus ; la respiration était embarrassée ; le malade mourut dans la nuit.

Autopsie. — En examinant les parties, nous trouvâmes le tissu cellulaire de l'orbite entièrement suppuré et repoussant l'œil en avant. La veine ophthalmique était remplie de pus, ainsi que son embouchure dans le sinus caverneux.

On trouva de même les veines frontales en suppuration, ainsi que la jugulaire externe qui avait ses parois décolorées, verdâtres. A son embouchure dans la sous-clavière, on remarquait un caillot adhérent, long d'un pouce et demi. Sous cette couche, les parois veineuses étaient rouges et enflammées.

La veine jugulaire était saine ;

Les poumons fortement congestionnés; les méninges l'étaient aussi, et la dure-mère poisseuse au toucher.

Le foie et la rate ne présentaient rien de spécial à noter. On les coupa en morceaux sans découvrir d'abcès métastatiques.

Érysipèles.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, des érysipèles nombreux se développèrent dans les salles. Pour ne pas surcharger cet article, nous ne rapporterons ici que les deux cas les plus dignes d'attention.

Obs. 1. *Érysipèle envahissant les deux côtés du corps d'une manière symétrique.* — Vers le milieu du mois de septembre, entra dans la salle St-Jean, n° 27, un jeune homme affecté d'une petite plaie de tête. Sous l'influence de cette plaie, il survint un érysipèle qui s'étendit au cuir chevelu et s'accompagna de fièvre, de délire, d'accidents graves.

L'érysipèle s'étendit bientôt à la face, au col, au tronc et aux membres successivement; mais ce qu'il offrit de très remarquable pen-

dant toute sa marche, ce fut une symétrie parfaite, d'après laquelle la ligne médiane en avant et en arrière resta complètement intacte sans que les progrès de l'érysipèle qui envahissait les deux côtés du corps lui fissent franchir cette barrière.

La maladie, du reste, se termina heureusement ; seulement, vers la fin de son évolution, il se déclara un abcès à la partie postérieure de l'oreille. Il fut ouvert et ne tarda pas à guérir.

Obs. 2. *Erysipèle terminé par une péritonite métastatique mortelle.* — Vers le 25 octobre un homme fort et robuste entra dans la salle Saint-Jean, n° 45, pour une inflammation de la tunique vaginale, suite de tubercules dans l'épididyme. On lui posa des sangsues sur le trajet du cordon. Le surlendemain un érysipèle se déclara sur cette partie et envahit la moitié de la cuisse.

Depuis deux jours la maladie semblait stationnaire, lorsque la fièvre, qui était très modérée, devint tout-à-coup très vive ; le pouls fort et fréquent. A ces symptômes se joignirent une constipation opiniâtre, le ballonnement du ventre, des douleurs vives à l'épigastre ; la rougeur érysipélateuse de la cuisse diminua sensiblement. Bientôt l'état devint plus grave ; le pouls, d'abord large et fort, changea de nature, devint très petit et d'une grande fréquence ; il n'y eut cependant ni hoquet, ni vomissement, ni nausées. Enfin, trois jours après l'invasion des premiers accidents, le malade mourut.

A l'autopsie, nous remarquâmes d'abord qu'à l'extérieur toute trace de rougeur érysipélateuse avait disparu.

En ouvrant l'abdomen, nous trouvâmes une inflammation du péritoine qui tapisse le bassin, et les intestins qui y plongent flottant dans une sérosité purulente. La partie supérieure du péritoine était saine, ainsi que celle qui recouvre les intestins qui s'y trouvent.

C'est là un bel exemple de métastase d'un érysipèle sur le péritoine. Le cordon spermatique examiné fut trouvé sain et n'avait pu transmettre l'inflammation. La péritonite fut locale ; la séreuse qui tapisse l'estomac et le diaphragme n'était pas enflammée. Peut-être est-ce à cette circonstance qu'il faut attribuer l'absence de hoquet et de vomissements, si rare dans cette maladie.

C. O.

II. Clinique oculaire.

Recherches pratiques sur la paracentèse de l'œil.

Le traitement antiphlogistique général le plus énergique ne parvient pas toujours, tant s'en faut, à enrayer les accidents inflammatoires qui se développent du côté des yeux, soit pendant le cours de certaines maladies, soit après quelques opérations. Un moyen local beaucoup trop négligé, et dont les applications sont trop restreintes, la *paracentèse*, nous paraît mériter la plus sérieuse attention. On l'a appliquée, en général, à l'évacuation du sang et du pus que peut contenir la chambre antérieure ; on l'a recommandée dans le but d'affaisser les staphylômes opaques ou pellucides, et de diminuer le volume de l'œil dans l'hydrophthalmie ; on l'a conseillée dans les inflammations de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous sommes loin d'en admettre l'utilité dans la plupart de ces cas ; mais, nous fondant sur quelques observations que nous avons faites depuis longtemps, nous croyons que cette petite opération peut rendre les plus grands services dans d'autres circonstances beaucoup plus importantes.

Nous pratiquons la paracentèse de deux manières :

1° Une aiguille à cataracte ordinaire ou la pointe d'un kératotôme est portée sur la circonférence externe de la cornée et pénètre dans la chambre antérieure. Un petit mouvement de rotation de l'instrument sur son axe écarte les lèvres de la plaie et l'humeur aqueuse s'échappe.

2° Un couteau lancéolaire de Beer ou un trocart particulier, ou tout simplement une lancette ordinaire, est plongée dans la sclérotique, un peu au-dessous du diamètre transversal du globe, et de telle sorte que l'un des tranchants de l'instrument est en avant et l'autre en arrière. La plaie faite dans le sens des fibres du muscle droit externe présente son angle antérieur à deux ou trois millimètres de la cornée.

Nos recherches sur les applications de la *paracentèse* ont été faites principalement dans les affections suivantes :

A. Inflammations internes de l'œil après les opérations de cataracte par abaissement, ou après la dilacération de la capsule.

Obs. 1. — *Cataracte lenticulaire molle de l'œil droit. — Abaissement à l'aiguille par la sclérotique. — Six jours après, violente inflammation interne de l'œil avec hypopyon. — Traitement antiphlogistique sans résultat. — Paracentèse par la sclérotique le dixième jour. — Résorption du pus. — Guérison.*

Madame Oursel, soixante ans, demeurant à Versailles, place d'Armes, est atteinte d'une cataracte molle de l'œil droit. La vue de l'œil gauche est presque nulle, la cornée portant un leucome central. L'opération pratiquée à l'aiguille par scléroticonyxis n'est suivie d'abord d'aucun accident ; mais, après le sixième jour, une violente ophthalmie interne se déclare. La malade souffre de maux de tête, de pulsations dans le fond de l'orbite, d'élancements dans le sourcil. L'œil présente une rougeur très vive au pourtour de la cornée ; l'iris est enflammé, la pupille resserrée et trouble ; la chambre antérieure, assez claire dans sa partie supé-

rieure, offre en bas un hypopyon de trois ou quatre millimètres de haut.

Un traitement antiphlogistique est à l'instant prescrit de concert avec MM. les docteurs Renault, de Versailles, médecin ordinaire de la malade, et Yvan, médecin anglais. Une saignée générale, des purgatifs, le calomel, des onctions mercurielles belladonées, la diète, n'amènent aucune amélioration dans l'état de l'opérée. La rougeur de l'œil augmentant (chémosis phlegmoneux au début), les douleurs étant encore plus vives, la constitution ne permettant plus d'émissions sanguines, nous décidons que je ferai (dixième jour) la ponction de l'œil, et cette opération est immédiatement pratiquée par la sclérotique. Il s'écoule une grande quantité d'humeur aqueuse et, une demi-heure après, la malade éprouve un si grand soulagement qu'elle peut dormir, ce qu'elle n'avait pu faire depuis quelques jours. A partir de ce moment, tous les signes d'inflammation disparaissent ; l'hypopyon se résorbe promptement.

Peu de temps après la malade put se servir de l'œil opéré. Depuis deux ans la guérison s'est maintenue.

Obs. 2. — *Amaurose droite complète après un abaissement de cataracte fait il y a dix-huit ans. — Cataracte lenticulaire gauche adhérente à l'iris partout sauf en bas et en dehors. — Iris décoloré dans les deux yeux. — Dilacération de la capsule gauche par ponction sclérotícale. — Paracentèse. — Résorption du cristallin. — Agrandissement de la pupille en bas et en dehors par excision. — Guérison après seize ans de cécité.*

Mademoiselle Gengel, âgée de trente-cinq ans, demeurant à Paris, rue d'Amboise, n° 8, ne voyait plus de l'œil droit depuis vingt-deux ans environ, et de l'œil gauche depuis seize ans. Son œil droit atteint de cataracte a été opéré, il y a dix-huit ans, par M. le professeur Roux sans succès. Un an après, la vue de l'œil gauche, faible déjà depuis longtemps, s'éteignit à son tour, et la malade, après avoir consulté grand nombre de médecins, demeura aveugle jusqu'au 18 avril 1846, jour où elle sortit guérie de ma clinique.

Mon examen, fait pour la première fois le 15 octobre 1845, me fait reconnaître que les yeux sont dans les conditions suivantes :

Œil droit. — Il a le même volume et la même consistance qu'à l'état normal ; aucune membrane n'est injectée. La sclérotique et la cornée sont saines. L'iris est décoloré dans toute sa surface ; il a une couleur grisâtre sale, comme cela se remarque après les iritis chroniques. La pupille, libre dans toute son étendue, est complètement immobile ; le fond de l'œil est noir ; on ne voit aucun débris de la cataracte autrefois opérée par M. Roux. La vision est si complètement éteinte de ce côté que la malade n'a aucune conscience de la lumière solaire.

Œil gauche. — Le volume et la consistance de l'œil sont normaux ; lorsqu'on l'examine, il s'injecte avec une extrême facilité. La conjonctive est un peu rouge et présente quelques granulations ; la sclérotique et la cornée sont saines ; la première rougit beaucoup quand la malade se place dans un jour un peu vif. L'iris est décoloré, de couleur sale, comme on le voit après les inflammations de longue durée de cette membrane. La pupille est déformée, immobile et fixée sur la capsule par de nombreuses bandelettes fibro-albumineuses de couleur blanc-noirâtre (*synéchie postérieure*). En bas et en dehors, seulement dans l'étendue de deux millimètres, la marge iridienne a conservé sa liberté : à part les endroits où elle est adhérente à l'iris, la capsule est saine. Le cristallin est opaque (cataracte lenticulaire molle), de couleur blanc-bleuâtre, et présente encore quelques stries convergeant vers le milieu de sa surface. La vue est nulle ; la malade ne peut pas se conduire ; elle a conservé la plus grande sensibilité à la lumière, et paraît en être affectée désagréablement.

L'opération par *extraction* présentant ici de grandes difficultés, puisqu'il aurait fallu, après avoir fait le lambeau de la cornée, exciser l'une après l'autre les brides attachant la capsule à l'iris, et peut-être même diviser cette dernière membrane depuis ses attaches ciliaires jusqu'à la pupille, je ne m'y arrête point. Une opération si laborieuse sur un œil depuis tant d'années malade n'aurait-elle pas été suivie des plus graves accidents ? *L'abaissement* offre-t-il plus de chances ? Sera-t-il possible de diviser avec l'aiguille des adhérences si anciennes et si nombreuses ? En admettant qu'on y parvienne, le cristallin déchatonné ne jouera-t-il pas le rôle de corps étranger et ne réveillera-t-il pas l'inflammation interne qui a duré si longtemps ? L'œil opéré de cette manière ne sera-t-il pas frappé d'amaurose complète et incurable comme cela est arrivé pour l'œil droit ?

Il est évidemment impossible de ne pas redouter ces accidents ; aussi je me décide à pratiquer la dilacération de la capsule.

Pendant huit jours les choses allèrent au mieux : l'œil était rouge, mais ne présentait point d'inflammation sérieuse, lorsque la malade se plaignit tout-à-coup de douleurs très vives partant du fond de l'orbite et s'irradiant vers le sourcil. Il y avait là évidemment tous les signes d'une ophthalmie interne violente au début. Ne voulant pas me reposer sur l'efficacité des saignées générales et locales, je prends le couteau lancéolaire et j'entrouvre la plaie encore mal réunie de la sclérotique pour donner issue à l'humeur aqueuse. Il y a un soulagement marqué, et l'inflammation cède aussitôt, à ce point qu'après une demi-heure les douleurs avaient complètement disparu. A partir de ce moment il n'y eut plus d'accidents sérieux, et le cristallin se résorba en totalité, de sorte qu'à la partie inférieure externe il y avait une très petite ouverture qui permettait de voir le fond de l'œil. Le 12 mars 1846, quatre mois après la dilacération de la capsule, la malade voyait de grands objets, mais ne pouvait pas se con-

duire, la pupille étant et devant demeurer trop petite. Je lui conseillai, pour ce motif, d'entrer de nouveau à ma clinique, et le 23 mars je pratiquai en bas et en dehors une large pupille artificielle par excision. Après quelques signes d'inflammation combattue avec succès par une saignée générale et par l'application d'une ventouse scarifiée à la tempe, la malade sort guérie le 18 avril. Après seize années de cécité complète, elle peut se conduire seule avec des verres n° 9, et même lire et coudre avec des lunettes bi-convexes n° 2. J'ai revu cette malade en décembre 1846, sept mois après l'opération ; la vision était toujours très bonne.

Obs. 3. — *Amblyopie double, ancienne, suite d'inflammation chronique des membranes internes. — Cataracte lenticulaire se développant et devenant complète en trois jours. — Dilacération de la capsule gauche. — Résorption du cristallin en quarante-un jours. — Paracentèse de l'œil pratiquée deux fois par la sclérotique. — Dilacération de la capsule droite. — Résorption du cristallin en deux mois. — Cataracte capsulaire secondaire partielle. — Rétablissement de la vision de l'œil gauche.*

Guillou, âgé de trente-six ans, menuisier, demeurant à Paris, rue de la Monnaie, 6, m'est adressé par M. le professeur Guépin, de Nantes, avec la lettre suivante : « Mon cher confrère, je vous adresse pour votre dispensaire le nommé Guillou, menuisier, amaurotique, que j'ai ainsi soigné :

» Au début, ventouses scarifiées sur le cou et purgatifs répétés.

» La congestion cérébrale diminuée, vésicatoires ammoniacaux sur le cuir chevelu à peu près tous les deux jours, et un à deux purgatifs par semaine.

» Ce traitement ayant épuisé sa vertu, j'ai eu recours aux inoculations de sulfate de strychnine qui ont donné de très bons résultats pendant près d'un mois. Alors le sulfate de strychnine et les vésicatoires ammoniacaux paraissant inertes, j'ai cautérisé la cornée tous les deux ou trois jours, ce qui a donné d'excellents résultats. Guillou a été à peu près aveugle ; il y a eu des jours où il ne voyait pas à se conduire (26 août 1844).»

Lorsque j'examinai ce malade pour la première fois, le 31 août 1844, il portait tous les signes de l'amblyopie congestive chronique. La choroïde des deux côtés était malade, ainsi que l'attestaient la coloration bleuâtre de la sclérotique et de gros vaisseaux variqueux rampant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. L'iris, saillant en avant, présentait une décoloration manifeste ; la pupille était immobile et complètement adhérente à la capsule. Le fond de l'œil était noir, sauf pendant les exaspérations de l'inflammation interne qui portait plus spécialement sur toutes les membranes séreuses et en particulier sur celle de l'humeur aqueuse et sur la capsule antérieure. Les deux yeux présentaient exactement les mêmes symptômes anatomiques et physiologiques. La vue était très mauvaise des deux côtés ; tantôt le malade voyait assez pour se conduire, tantôt il était complètement aveugle. Neuf mois se passèrent ainsi sans qu'il y eût autre chose qu'une légère amélioration qui se soutint plus longtemps que celles qui avaient précédé, et j'espérais que la disparition de l'inflammation permettrait à la vision de s'exercer, lorsque, le 18 juin 1846, le malade, que j'avais vu la veille, vint m'apprendre qu'il ne voyait presque plus de l'œil gauche. Je l'examinai attentivement, et je reconnus que les couches corticales postérieures du cristallin étaient devenues opaques. Le lendemain la surface antérieure de la lentille avait perdu sa transparence, et le surlendemain (20 juin) la cataracte était complète. Craignant que même chose n'arrivât à l'œil droit, j'admis le malade à ma clinique, et je l'opérai le 23 juin. Ici, comme dans l'observation précédente, l'extraction et l'abaissement étaient également dangereux ; je me bornai donc à la dilacération de la capsule par le procédé dont j'ai parlé plus haut.

Dans cette observation, comme dans celle de mademoiselle Gengel, le huitième jour (1er juillet) le malade fut pris de douleurs si vives que l'infirmier vint aussitôt me prévenir. L'opéré était assis sur son lit, tenant sa tête entre ses mains et poussant des gémissements. L'œil, jusque-là dans les meilleures conditions, était devenu fort rouge et larmoyant ; la sclérotique surtout était injectée ; les douleurs ne dataient que de deux heures. La paracentèse de l'œil me paraissant indiquée, je rouvris la plaie de la sclérotique avec un couteau à cataracte, et donnai issue à l'humeur aqueuse. Le soulagement fut immédiat et dura trois jours ; mais après ce temps des douleurs ayant reparu avec l'inflammation, une seconde paracentèse fut pratiquée. A partir de ce moment la résorption du cristallin se fit avec régularité, et le quarante-unième jour après la dilacération de la capsule la vision était devenue assez bonne pour que Guillou pût se conduire de cet œil.

Une cataracte s'étant développée plus tard dans l'œil droit, et étant devenue complète aussi en trois jours, la dilacération de la capsule fut pratiquée ; le cristallin se résorba après deux mois ; mais il survint une cataracte capsulaire secondaire partielle qui empêche le malade de voir encore aujourd'hui (1er décembre 1846) de cet œil.

Depuis l'opération de l'œil droit Guillou voit assez pour se conduire, l'amblyopie ayant diminué d'une manière notable.

Desmarres, D. M.

Hygiène publique.

III. Conclusions du rapport de M. Prus sur la peste et les quarantaines (1).

Lieux où naît la peste. — I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc ; le même danger ne paraît plus à craindre pour l'Algérie.

Causes de la peste. — II. Les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; un air chaud et humide ; des demeures basses, mal aérées, encombrées ; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation insuffisante et malsaine ; une grande misère physique ; un état habituel de souffrance morale ; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

Transmissibilité. — III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

La peste à l'état épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

Modes de transmission. — IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

De nouveaux faits sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes ou vêtements des pestiférés.

Il résulte des recherches faites dans les lazarets européens que, depuis plus d'un siècle, les marchandises n'ont pas transmis la peste.

Durée de l'incubation de la peste. — V. En dehors des foyers épidémiques la peste ne s'est pas déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

Prophylaxie de la peste : par l'hygiène. — VI. Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en détruisant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

Par la législation sanitaire. — VII. Faire surveiller au départ, pendant la traversée et l'arrivée, par des médecins sanitaires légalement assermentés, institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

On insistera sur l'emploi d'un bon système d'aération du navire pendant la traversée.

Il sera délivré au port de départ :

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existera pas ou n'existera qu'à l'état sporadique ;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Les conclusions III et V indiquent, d'après les faits observés jusqu'à ce jour, quand il y a lieu à imposer des quarantaines et quelle doit être leur durée ; l'Académie s'en rapporte à l'autorité pour déterminer par quels degrés et jusqu'à quel point la prudence permet de rapprocher la pratique des résultats de l'observation.

La quarantaine sera comptée du jour du départ pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord.

Pour ceux qui n'auront pas de médecin à bord, la quarantaine commencera du jour de l'arrivée en France.

Quelle que soit la patente, s'il y a eu à bord pendant la traversée, ou s'il y a, lors de l'arrivée au port, un ou plusieurs cas de peste, ou seulement de maladie suspecte, les passagers et l'équipage devront être soumis à la même quarantaine que s'ils sortaient d'un lieu où régnerait actuellement la peste épidémique.

Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les conditions seront déterminées par l'autorité supérieure.

Sur tous les navires partant avec patente brute, on continuera à plomber les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, à les soumettre pendant la traversée à une ventilation efficace.

Regarder comme inutiles les moyens mis en usage pour purifier les marchandises.

Disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

—

(1) Nous croyons devoir présenter ici d'une manière plus saillante à nos lecteurs la rédaction définitive des conclusions, telle qu'elle a été votée par l'Académie de médecine dans sa séance du 1er décembre 1846. (N. D. R.)

Chirurgie pratique.

IV. Mémoire sur l'hydrocèle du cordon spermatique ; par Antoine Scarpa, professeur émérite et directeur de la Faculté de médecine de l'Université impériale et royale de Pavie, chevalier de l'ordre impérial de Léopold. (Traduit de l'italien par P.-J. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) fin (1).)

Il est peu important, pour le but que je veux atteindre par la publication de ce travail, de s'enquérir en vertu de quelles causes mécaniques, chimiques ou dynamiques, l'eau épanchée et amassée dans le tissu spongieux qui environne le cordon spermatique, tantôt s'infiltre de cellule en cellule et forme l'hydrocèle diffuse, d'autres fois se borne à occuper une courte portion du tissu cellulaire du cordon, et, contenue par une membrane dense et serrée semblable à celle des hydatides ou des tumeurs enkystées, elle y constitue l'hydrocèle enkystée. La question de savoir si cette membrane est de première ou de seconde formation n'est d'aucune utilité pour la thérapeutique de ces maladies. Néanmoins, si l'on considère que l'artère principale d'un membre étant piquée, le sang qui s'en écoule (à moins qu'il ne s'infiltre dans les interstices des muscles) glisse quelquefois rapidement de distance en distance et y crée l'anévrysme diffus, ou bien s'arrête dans le voisinage de la plaie artérielle en distendant les cellules qui l'environnent et donne lieu à l'anévrysme enkysté ou circonscrit, l'analogie force à admettre qu'il doit exister beaucoup de rapport entre ce mécanisme et celui par lequel l'hydrocèle du cordon spermatique revêt l'une des formes précitées. Ces différences de caractère, dans l'un et l'autre cas, doivent vraisemblablement reconnaître pour causes principales la perméabilité plus ou moins grande des aréoles du tissu cellulaire, la densité variable du liquide épanché, l'intensité plus ou moins forte de la phlogose siégeant dans le voisinage de l'épanchement et permettant au tissu cellulaire ambiant d'établir une digue solide et résistante dans la capacité de laquelle l'humeur s'épanche incessamment, à l'instar des autres tumeurs enkystées, et s'y accumule dans des limites dont l'étendue est sujette à de nombreuses variations.

L'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, placée immédiatement au-dessus du testicule, est ordinairement de figure ovale. Tant que cette tumeur n'est que d'un petit volume, elle paraît, au premier aspect, ne former qu'un tout complet avec le testicule ; cependant, si on l'explore soigneusement, on la distingue de cet organe, à moins qu'il ne soit engorgé, ramolli ou dans un état avancé de désorganisation ; mais le diagnostic devient plus difficile quand l'hydrocèle enkystée, presque confondue avec le testicule, est d'une grosseur considérable, parce que la plus grande partie du testicule se trouve tellement enfoncée, si je puis m'exprimer ainsi, dans la tumeur aqueuse, que la main exercée d'un chirurgien expérimenté peut seule, à l'aide d'une investigation soigneuse, s'assurer de la présence de l'organe sécréteur de la semence. C'est pourquoi, lorsqu'une portion quelconque de la totalité de la tumeur, faisant saillie en haut et un peu latéralement vers le fond du scrotum, est de médiocre consistance, flexible, lisse, et surtout sensible à la pression la plus modérée, tandis que tout le reste de cette tumeur ne présente d'autres caractères que ceux propres à un kyste gorgé de sérosité, le praticien peut affirmer, sans crainte de commettre une erreur, que la première portion, qui est la plus petite, appartient au testicule à l'état sain, et que le reste est constitué par l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique. Enfin, toute la masse de la tumeur se distingue du squirrhe et du cancer du testicule parce qu'elle n'est ni très dure, ni bosselée, ni susceptible d'ulcérations.

Le kyste de la tumeur aqueuse du cordon spermatique, confondue avec le testicule, immédiatement placée au-dessus de cet organe, comme je l'ai déjà dit, est composé de deux couches, savoir : de la gaîne musculo-aponévrotique du crémaster, et, tout-à-fait au-dessous de celle-ci, du tissu cellulaire du cordon spermatique plus ou moins engorgé. La surface externe de cette capsule est parsemée de vaisseaux sanguins, artériels et veineux, qui proviennent des parties voisines. La surface interne, irrégulière, frangée, est en quelques points comme veloutée ; on y découvre les vestiges des cellules qui, à l'origine de la tumeur, formaient la masse vésiculaire. Le liquide qu'elle contient est le plus ordinairement limpide ou albumineux, quelquefois jaunâtre, verdâtre, et, dans quelques cas rares, rougeâtre, semblable à la lie de vin. La pression exercée par l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique sur le testicule placé au-dessous se borne habituellement à pousser cet organe plus en bas dans le scrotum ; elle est très peu marquée supérieurement. J'ai trouvé, néanmoins, sur le cadavre d'un homme atteint de cette maladie, le testicule atrophié et adhérent à toute la circonférence de la surface interne de la tunique vaginale. Je ne me déclare pas apte à décider laquelle des deux affections, c'est-à-dire l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique ou l'atrophie du testicule, a débuté la première.

L'hydrocèle enkystée du cordon spermatique commence et se place quelquefois à une distance indéterminée au-dessus du testicule. Dans le principe, la petite tumeur semble consister en un petit *nœud variqueux* du cordon spermatique ; dans la suite elle grossit au point d'égaler un œuf de pigeon. Percival Pott pré-

(1) Voir le numéro de novembre 1846.

tend que, de toutes les tumeurs aqueuses enkystées du cordon spermatique, celle-ci se présente le plus communément dans la pratique. Mon expérience personnelle ne me permet pas d'appuyer ou de rejeter cette opinion.

Lorsque des chirurgiens d'un mérite médiocre trouvent l'occasion d'observer et d'explorer une petite tumeur de ce genre le long d'un des côtés du scrotum, ils n'hésitent pas à la considérer comme un troisième testicule, et à déclarer *triorchide* l'homme qui en est affecté. Il serait impossible de raconter tous les faits merveilleux débités anciennement sur ce sujet et rappelés plus tard par Léonidas, Paul d'Egine et Fallope, sans inviter les gens de l'art à se mettre en garde contre une erreur aussi grossière, et leur dire en termes clairs et précis que si cette sorte de hernie aqueuse du cordon spermatique *alterius testis imaginem præ se fert*, des hommes, non-seulement peu versés dans la science du corps humain, mais encore des anatomistes et des chirurgiens d'une réputation élevée, parmi lesquels on doit placer Graaf (1), Bartholin (2), Fernel (3), Forestus (4), Rolfinkius (5), et un grand nombre d'autres qu'à dessein j'omets de nommer, sont tombés, avec de moins savants qu'eux, dans la même méprise. Vésale (6) (cela soit dit à sa louange) a du moins répandu des doutes sur cette assertion en déclarant que, sinon toujours, mais très souvent, le prétendu troisième testicule n'est qu'un stéatôme, un mélicéris ou un athérôme du cordon spermatique (7); et, en telle circonstance, il s'est rallié sagement à l'opinion que son rival Fallope, appuyé sur l'autorité de Paul d'Égine, avait embrassée.

De nos jours, Scraiber (8), auquel s'est présentée l'occasion de vérifier ce point d'anatomie chirurgicale, a parfaitement rempli la tâche d'observateur exact et savant, et a donné en même temps à la jeunesse studieuse un lumineux exemple de la route qu'elle doit suivre pour parvenir à la découverte de vérités utiles à la pathologie externe. « Juvenis, dit» il, propter tabem defunctus est. Aliquo ante » obitum tempore conquestus est de dolore in » scroto. Instituto examine, scroto inesse de» prehendebatur tria corpora sibi invicem æ» qualia, et rotunda ; undè homo tribus testicu» lis donatus videbatur. Aperto dein scroto ca» daveris visum est, præter duos testiculos rec» tissimè constitutos, corpus tertium illis quoad » figuram et magnitudinem simillimum, ut » homo vivus pro triorchide cognosci debuerit. » Erat autem tertium insolitum corpus inter » duos veros testiculos medium, ampulla aquâ » repleta, seu hydatis ab arteriis seminalibus » arterias recipiens, et venas seminalibus venis » rediens. Prætereà firmiter connectebatur ope » solidæ membranæ cum vase deferente testi» culi sinistri. » On doit ajouter qu'aucun des fauteurs de l'opinion opposée n'a produit jusqu'à présent un seul exemple de troisième testicule composé intérieurement de conduits séminifères sécrétant et possédant extérieurement un canal déférent ouvert dans un réservoir particulier ou dans l'une des deux vésicules séminales.

Actuellement, reprenant l'examen de la tumeur aqueuse du cordon spermatique placée à une distance plus ou moins rapprochée du lieu où siége le testicule, je veux faire remarquer qu'elle est mobile dans tous les sens de même que si elle était suspendue à l'aide d'un pédicule, et que, si on la repousse de bas en haut, elle élève et entraîne avec elle le testicule placé au-dessous. Cette petite tumeur produit de la gêne à son début ; mais, parvenue à la grosseur d'une noix, elle ne détermine aucune sensation désagréable, pas même de la douleur, à moins qu'elle ne soit fortement et profondément comprimée entre le bout du doigt et les vaisseaux spermatiques auxquels elle est adossée. La distance existant entre la petite tumeur et le testicule sous-jacent change presque à chaque instant en raison des contractions diversement irrégulières du crémaster et des froncements variables du scrotum, sous l'influence desquels le testicule est si fortement rétracté qu'il se trouve quelquefois presque immédiatement en contact avec la petite tumeur enkystée.

Cette tumeur du cordon spermatique est en outre flexible, élastique, et permet facilement de constater, à l'aide du toucher, qu'elle contient un liquide. La membrane qui l'entoure, placée immédiatement sous les téguments, est blanchâtre, lisse, parsemée çà et là de vaisseaux artériels et veineux, dont les uns proviennent de ceux du cordon spermatique et les autres des parties avoisinant ce dernier. Enfin sa face interne est ridée, veloutée, à la manière d'une surface villeuse, sécrétante, de laquelle s'écoule en effet un liquide qui augmente peu à peu le volume de la tumeur, quoique celle-ci, dès son origine, soit revêtue d'une membrane celluleuse dense et serrée. La capsule qui renferme le cordon spermatique se compose de deux lames, c'est-à-dire de la gaîne musculo-aponévrotique du crémaster et de la membrane celluleuse; elle devient quelquefois dure et compacte par suite des progrès et de l'ancienneté de la maladie. Ordinairement le liquide qu'elle contient n'est qu'une sérosité limpide ou tout au plus albumineuse. Je dis ordinairement; car, sur le cadavre d'un homme très avancé en âge, aussitôt que la tumeur enkystée, dure et volumineuse, eut été incisée, il en sortit une humeur de la couleur de l'oxyde de fer, et de

(1) De virorum organis, p. 9.
(2) Hist. anat., cent. 7.
(3) Patholog., lib. I.
(4) Lib. XXXVIII, observ. 15.
(5) De morbis internis.
(6) De partibus generationi inserv., p. 36.
(7) Fabrice de Hilden, lib. V. cap. XIII : « At id » rariùs quàm nonnulli existimant tertium testicu» lum tuberculum præter naturam ex meliceridum, » aut steatomatum, aut atheromatum numero in » scroto reconditum enumerantes. »
(8) Nova acta Acad. Petropolit., vol. III, pl. XII, fig. 2.

la consistance du miel liquéfié. L'aspect de cette humeur me rappela les motifs sur lesquels se fonde Fallope, étayé de l'autorité de Paul d'Egine, ou plutôt parce que probablement sa pratique lui avait offert un cas semblable à celui qui vient d'être rapporté, pour vouloir placer l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique dans l'ordre des mélicéris ; mais, autant que mon expérience personnelle et celle d'autrui ont pu me l'apprendre, l'humeur contenue dans l'hydrocèle enkystée est séreuse, limpide ou albumineuse.

Parmi les faits concernant les tumeurs aqueuses du scrotum qui ont été soumis en grand nombre à mon examen, quelques-uns présentent des rapports tellement parfaits avec les recherches d'anatomie pathologique auxquelles je me suis livré et dont j'expose en ce moment les corollaires, qu'il m'a semblé que j'agirais dans un but d'utilité pratique en les rapportant ici d'une manière tout à la fois abrégée et exacte.

Obs. 1re. Louis Brioschi, courrier de l'ancien gouvernement de Milan, homme robuste, âgé de quarante ans, fut opéré de l'hydrocèle de la tunique vaginale, à l'aide de la méthode de l'incision, par un habile et savant chirurgien de cette ville. La sérosité étant écoulée, l'opérateur s'aperçut que le cordon spermatique était plus gonflé que dans l'état naturel par une infiltration aqueuse. Il se flatta néanmoins de pouvoir, dans un temps plus opportun, dissiper cette œdématie sans recourir à l'instrument tranchant. Ayant ensuite achevé la cure radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale, il employa les topiques résolutifs les plus puissants, mais en vain, car la congestion aqueuse du cordon spermatique s'accrut progressivement et, dans l'espace de dix-huit mois, parvint à un volume très considérable. Brioschi, dans la ferme persuasion que sa première maladie, c'est-à-dire l'hydrocèle de la tunique vaginale, était revenue, se transporta à notre école de chirurgie pour subir une seconde fois la même opération, en espérant un plus heureux succès que de la première.

La tumeur aqueuse attentivement examinée, je compris sur-le-champ qu'il n'existait pas d'hydrocèle de la tunique vaginale, mais bien au contraire une hydrocèle diffuse du cordon spermatique, puisqu'il ne manquait pour la caractériser aucun des signes ci-dessus exposés. Je pratiquai une incision, latéralement au scrotum, dans le sens de la plus grande étendue de la tumeur, jusqu'au voisinage du testicule. Lorsque le bistouri eut pénétré dans la base de la tumeur, trois onces environ de sérosité jaillirent au dehors d'un seul jet. Quoique la tumeur eût été ouverte dans toute sa longueur, elle ne s'affaissa pas partout d'une manière égale, spécialement dans l'aine et au voisinage de l'anneau inguinal. Mais une circonstance qui fixa spécialement mon attention, ce fut que le fond et les côtés de l'incision, pratiquée dans la région inguinale, étaient occupés par une substance semblable à la gélatine. Je soulevai cette substance et j'en coupai une petite portion au niveau de la peau, puis je terminai l'opération en remplissant la plaie de charpie molle.

Deux jours après l'opération, je trouvai l'appareil baigné de sérosité. Au troisième jour, le scrotum se tuméfia et s'enflamma vivement, avec fièvre intense. Deux larges saignées, un doux purgatif, des boissons accidulées, des applications émollientes, une diète rigoureuse, dissipèrent en peu de temps ces troubles généraux et locaux.

Vers le cinquième jour, la suppuration devint abondante, mais fétide. Pendant les jours suivants, des fragments de tissu cellulaire putréfié se détachèrent du fond et des côtés de la plaie ; des bourgeons charnus parurent ensuite, et la guérison fut achevée en quatre semaines.

J'ai eu l'occasion d'observer un autre cas semblable à celui-ci, dans la personne du célèbre sculpteur M. Acquisti, lequel, après avoir été guéri radicalement de l'hydrocèle de la tunique vaginale par le moyen de l'incision, dut subir une deuxième opération pour obtenir la cure d'une hydrocèle diffuse du cordon spermatique quelques années après avoir été soumis à la première opération.

Après la narration de ces faits et de plusieurs autres du même genre rapportés par les écrivains cités plus haut, je ne balance pas à affirmer que, toutes les fois que l'on rencontrera dans la même division du scrotum une hydrocèle de la tunique vaginale associée à l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, quand même celle-ci ne ferait que de débuter, la meilleure détermination à prendre consistera à les inciser en même temps l'une et l'autre ; l'expérience démontrant que tôt ou tard, après avoir opéré l'hydrocèle de la tunique vaginale, il faudra également inciser l'hydrocèle diffuse du cordon, parce que toutes les deux ne sont susceptibles ni de résolution ni d'une terminaison heureuse quelconque autrement que par le procédé de l'incision, dont la seconde espèce réclame spécialement l'application.

Obs. 2. Un postillon, âgé de cinquante ans, buveur intrépide de liqueurs spiritueuses, vint se réfugier à l'école de chirurgie pratique, dans l'intention, disaient les infirmiers, de se soumettre à l'ablation du testicule gauche, réputé squirrheux. Il raconta que six ans auparavant, son cheval s'étant abattu, il avait reçu un violent coup du pommeau de la selle dans le côté gauche du scrotum, auquel succédèrent une vive douleur, du gonflement, de la fièvre et autres symptômes, dont il se délivra moyennant les soins qui lui furent donnés dans cet hôpital ; que quelques mois après cet accident le testicule gauche s'était de-nouveau engorgé sans cause manifeste comme sans douleur marquée ; que cet engorgement avait augmenté finalement au point de priver le malade du libre exercice de son métier.

Je constatai, au moyen de l'exploration,

que le cordon spermatique était sain depuis l'anneau inguinal jusqu'au sommet de la tumeur ; ensuite que, vers la partie latérale du fond du scrotum, proéminait, en haut, une portion du testicule, ronde, molle, lisse, très sensible à la plus légère pression. Le reste de la tumeur ne présentait, à proprement dire, d'autres caractères que ceux d'un kyste distendu par la sérosité.

Satisfait de ce diagnostic, je ne songeai même pas à ponctionner la tumeur pour la mieux caractériser, et je procédai sur-le-champ à la cure radicale. A cet effet, après avoir incisé les téguments, un peu latéralement au scrotum, je mis à découvert le sommet de la tumeur. Alors la fluctuation devint tellement évidente que je n'hésitai pas un instant à perforer la tumeur avec la pointe d'un bistouri. Quatre onces environ de sérosité jaunâtre s'écoulèrent, et la totalité du kyste qui la contenait s'affaissa. Je pus alors m'assurer parfaitement, à travers la tunique vaginale restée à l'état normal, que le testicule était sain, à l'exception de l'épididyme, qui me sembla un peu plus gros et plus dur que de coutume. Je fendis le kyste de son sommet à sa base et le remplis de charpie molle.

Les symptômes consécutifs à l'opération furent légers, et la suppuration, en conséquence, tarda à survenir. Vers le septième jour, la plaie commença à fournir du pus de bonne qualité et à expulser des lambeaux du kyste épaissis et de couleur grisâtre. Finalement, les granulations s'établirent et la plaie se cicatrisa en un mois et quelques jours. Durant les deux dernières semaines, on jugea convenable de prescrire au malade une décoction de quinquina pour boisson, et de lui accorder une nourriture plus abondante qu'auparavant pour le retirer d'un état de faiblesse générale dans lequel il était tombé.

Obs. 3. Un jeune paysan, âgé de vingt-quatre ans, de faible complexion, se rendit à l'école de chirurgie clinique pour demander un brayer qui fût propre à contenir une petite hernie qu'il disait porter depuis sa naissance. La petite tumeur était de la grosseur d'un œuf de pigeon, située sur le cordon spermatique, à un pouce environ au-dessous de l'anneau inguinal, de manière qu'il était facile de voir et de reconnaître qu'il n'y avait là de hernie d'aucune espèce. La petite tumeur en outre était mobile dans tous les sens, flexible, élastique, et, poussée en haut, elle entraînait avec elle le testicule placé au-dessous.

Je proposai au jeune malade de se soumettre à une petite incision, moyennant laquelle il serait délivré pour toujours de sa maladie ; ce à quoi il consentit.

Un aide, ayant posé ses deux doigts indicateurs sur les côtés de la petite tumeur, la maintint ferme et éloignée du testicule sous-jacent, qui, en vertu de l'action du crémaster et du froncement du scrotum, montrait de la tendance à se rétracter et à se mettre avec force en contact avec la petite hydrocèle enkystée. J'incisai sur la tumeur les téguments, puis la couche musculo-aponévrotique du crémaster, et enfin la membrane celluleuse dure et épaissie dont elle était entourée. J'en fis sortir une cuillerée de sérosité albumineuse. La plaie fut remplie de charpie molle.

La phlogose du scrotum, pendant les jours qui suivirent l'incision, fut médiocre, la suppuration tardive. A compter du septième jour, je fis fréquemment usage du précipité rouge, mêlé au mucilage de gomme arabique, topique à l'aide duquel eut lieu l'exfoliation de toute la surface interne grisâtre de la plaie. Finalement, les bourgeons charnus survinrent, et l'ulcère se cicatrisa en trois semaines environ.

Obs. 4. Il y a plusieurs années, le chirurgien Gilet (1) publia un fait de chirurgie pratique assez semblable à celui qui vient d'être rapporté, et qui, pour cette raison, mérite d'être rappelé, afin de mieux éclairer le précédent.

« Un jeune homme de vingt-six ans, dit-il, d'un tempérament bilieux, mélancolique, en proie à une constipation habituelle, livré à des études graves et profondes, s'aperçut qu'il portait dans un des côtés du scrotum un engorgement qu'on prit pour un varicocèle commençant. La maladie (qui fut attribuée en grande partie aux efforts nécessaires pour l'évacuation des matières fécales) éprouva une amélioration légère, due à l'emploi répété des lavements, des boissons délayantes, des frictions mercurielles locales et du suspensoir. Quelque temps après, apparut, dans le même côté du scrotum, une petite tumeur placée un peu au-dessous du testicule, accompagnée d'un sentiment fatigant d'engourdissement dans la région lombaire et la cuisse correspondante. La forme de la petite tumeur, sa mobilité dans tous les sens, son élasticité, montraient clairement qu'elle ne devait pas être rapportée à la classe des squirrhes, mais au contraire à celle des tumeurs enkystées du cordon spermatique.

» L'inefficacité de tous les remèdes internes et externes les plus en vogue ayant été bien constatée, il ne restait plus à constater que l'incision, regardée comme l'unique moyen de guérison.

» Pour exécuter cette opération, le malade fut retenu au lit, parce que l'impression occasionnée par le froid faisait crisper fortement le scrotum et rapprochait trop énergiquement le testicule de la petite tumeur. Celle-ci, comprimée entre le pouce et l'indicateur et maintenue déprimée à l'aide de ce dernier doigt, et le testicule étant écarté, l'opérateur divisa les téguments du scrotum, ainsi que le dartos, jusqu'au siége du kyste. D'abord une petite quantité de sérosité limpide sortit du fond de la

(1) Journal de médecine, par Vandermonde ; 1759, novembre.

plaie ; mais elle ne provenait pas de la tumeur, car celle-ci était aussi gonflée et tendue qu'avant l'incision. Le kyste, semblable à une substance blanchâtre, lisse, dure, quasi cartilagineuse, se présentait au fond de la plaie, et lorsqu'on l'eut ouvert il en sortit une liqueur transparente ; l'affaissement complet du sac membraneux qui la contenait fut le résultat de son évacuation.

» L'hémorrhagie qui succéda à l'opération fut très légère ; l'opérateur néanmoins jugea convenable d'arroser le scrotum avec l'eau froide, afin que, par l'effet de ses froncements provoqués, il s'opposât à l'infiltration sanguine qui aurait pu être causée par la lésion de quelque vaisseau sanguin profondément situé. Un plumasseau de charpie enduit de baume d'Arcæus, quelques compresses imbibées de vin, tenant en dissolution de l'hydrochlorate d'ammoniaque, composèrent tout l'appareil. La plaie se cicatrisa en peu de temps, quoique le kyste fût dur et presque cartilagineux.

Des faits déjà précédemment rapportés, de ceux dont je viens de rendre compte, du caractère et de la nature même de la maladie, de la structure et des fonctions des parties qu'elle intéresse, je crois pouvoir conclure que la cure radicale de l'hydrocèle diffuse, et principalement de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, par la méthode de l'incision, est constamment exempte de graves accidents consécutifs toutes les fois que cette maladie est entièrement locale. Mais, malheureusement, l'hydrocèle diffuse est compliquée quelquefois de circonstances défavorables, tant locales que générales, comme dans les cas où l'hydrocèle, indépendamment de son ancienneté, s'étend du bas du scrotum jusqu'aux lombes, ou bien encore lorsqu'elle afflige des sujets courbés sous le poids des années, en proie à la dyscrasie ou à un engorgement de quelque viscère. Dans cette triste combinaison d'accidents, l'opération requise pour la cure radicale de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, quoique excessivement simple par elle-même et de l'exécution la plus facile, expose néanmoins les malades à de grands dangers et peut même entraîner la mort. Pott (1) nous a conservé un exemple mémorable de cette facheuse terminaison, et j'ai eu le chagrin d'en rencontrer un semblable que ma propre expérience m'a permis de constater.

Obs. 5. Feu le docteur Cera, chirurgien en chef de l'hôpital de Pavie, me pria de voir avec lui un malade atteint d'hydrocèle offrant des circonstances peu communes. Je rencontrai un homme de trente ans, maçon de profession, faible, maigre, avec gonflement des hypochondres, appétit dépravé, douleur gravative aux lombes, pouls petit et languissant. L'hydrocèle, de la grosseur d'un œuf d'oie allongé, occupait le côté gauche du scrotum et traversait l'anneau inguinal en se dirigeant manifestement vers la région lombaire gauche. Immédiatement au-dessous de la tumeur aqueuse, on voyait et on touchait distinctement le testicule.

La base de la tumeur présentant une fluctuation bien évidente, je fus d'avis qu'on y pratiquât une ponction qui fut exécutée sur-le-champ. Quelques onces de sérosité verdâtre sortirent par un jet continu, et la base de la tumeur disparut presque complètement ; mais le sommet resta aussi gonflé qu'il l'était avant la ponction. Alors, eu égard à l'énorme grosseur et à l'étendue de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, et prenant ensuite sérieusement en considération l'état d'infirmité générale du malade, je pensai que la thérapeutique chirurgicale devait se borner à la cure palliative.

Peu de jours après la ponction, la sérosité s'amassa dans la base de l'hydrocèle avec autant d'abondance que précédemment, et le malade, qui, pendant la diminution momentanée de la tumeur, avait conçu de grandes espérances de guérison, devint alors furieux et adressa tant de prières et de supplications au docteur Cera que celui-ci, cédant aux importunités et au désespoir de son malade, prit sur lui de tenter la cure radicale par la méthode de l'incision. Pendant les deux premiers jours qui succédèrent à l'opération, une énorme quantité de sérosité s'écoula de la plaie, et l'on espéra que les suites de cette tentative auraient une heureuse issue.

Le troisième jour, fièvre vive, précédée de frissons ; mouvements convulsifs, vomissements, douleur aiguë dans la région lombaire gauche, prostration des forces, céphalalgie insupportable. L'appareil ayant été levé le quatrième jour au matin, on trouva le scrotum flasque et peu enflammé, et la plaie en proie à une gangrène exhalant une odeur très fétide. Les médicaments toniques internes et externes furent inutilement employés, et, sept jours après l'opération, le malade mourut dans le délire.

L'autopsie démontra que la gangrène s'était propagée depuis le fond du scrotum, en suivant le trajet du cordon spermatique, jusqu'à la région lombaire gauche ; elle avait envahi également la cavité pelvienne, dans laquelle existait un épanchement de sérosité noirâtre, d'une fétidité extrême, et contenant des bulles d'air. Le foie, la rate, de couleur jaune pâle, étaient plus volumineux que dans l'état naturel. Les glandes lombaires, extraordinairement engorgées, étaient farcies d'une substance pultacée, grisâtre.

Ces tristes résultats ne s'observent pas seulement dans les cas d'hydrocèle diffuse du cordon spermatique ; l'hydrocèle de la tunique vaginale (quoique toujours bornée à la région de l'aine et au scrotum) n'en est pas exempte toutes les fois qu'elle est compliquée des circonstances défavorables, dépendant de l'état général, précédemment signalées.

(1) Surgical works, édit. de 1777.

Dodonée (1), en effet, défend sévèrement d'opérer toute hydrocèle volumineuse et ancienne de la tunique vaginale jointe à une maladie interne. Sous le nom de maladie interne cet auteur a voulu simplement signaler un certain vice des reins, notamment du rein gauche, qui, s'opposant à ce que l'humeur excrémentitielle pût être séparée du sang, l'obligeait à s'épancher entre les membranes du testicule et donnait lieu ainsi à la formation d'une hydrocèle du plus mauvais caractère. Fabrice de Hilden (2) a voulu, sans aucun doute, faire allusion à cette opinion, quand il a écrit : « Sectio herniæ aquosæ, si ex hujus-» modi causâ originem traxerit, et testiculus » simul exemptus fuerit, periculo non vacat. » Idque, ne temerè quidquam hâc in re faciat » chirurgus, suadeo. »

Quoique la théorie de Dodonée soit, en grande partie, hypothétique et inadmissible, il n'en est pas moins vrai que la pratique présente, à l'observation, des hydrocèles anciennes et volumineuses, appartenant, soit au cordon spermatique, soit à la tunique vaginale, qui doivent leur origine à un vice universel, ou bien sont étroitement liées à ce vice, notamment à l'*âcre spécifique*. C'est pourquoi ces hydrocèles doivent être regardées comme un dépôt critique excité et entretenu par les forces médicatrices de la nature pour garantir le sujet qui en est affecté de dangers plus sérieux que ceux qui résultent, chez le même individu, de la présence d'une tumeur aqueuse dans le scrotum. Pierre Frank (3) rapporte l'observation remarquable d'une très vaste hydrocèle de la tunique vaginale, produite par l'*âcre herpétique*, errant auparavant par tout le corps ; l'incision et la cure radicale de cette hydrocèle donnèrent lieu à de graves accidents qui faillirent entraîner la mort. Il est convenable de rappeler que de pareilles circonstances n'étaient ni très rares ni ignorées dans la pratique avant Dodonée, puisque Fallope dit (4) : « Sæpè vidi multos per hernias aquosas » liberatos esse à gravibus affectionibus, ut ab » empyemate, ab hydrope pectoris ; undè, si » penitùs sanetur, poterit multos morbos pos-» teà inferre. » Mais, comme je l'ai signalé un peu plus haut, outre les dyscrasies de diverses espèces, l'état contre nature des viscères, notamment de ceux du bas-ventre, peut mettre obstacle à l'heureux résultat de la cure radicale de la chronique et vaste hydrocèle diffuse du cordon spermatique, ou de celle de la tunique vaginale. Cette cause interne est plus formidable, à mon avis, que celle qui provient de la dyscrasie. Dans le dernier cas, en effet, la plaie, qui succède à l'incision de la tumeur aqueuse du scrotum, malgré l'afflux prolongé d'humeurs acrimonieuses, finit par se cicatriser, tandis qu'au contraire, si l'hydrocèle volumineuse et ancienne est liée à une constitution détériorée ou à l'affection de quelqu'un des viscères, la solution de continuité pratiquée au scrotum devient promptement gangréneuse. Cela ne tient pas, en réalité, à l'influence directe, ou par consensus, de tel ou tel viscère sur l'hydrocèle, mais à l'absence chez les malades de ce juste degré de vitalité générale et locale que nécessite la guérison des plaies. Nous voyons effectivement la gangrène survenir aux plus petites incisions pratiquées sur la peau des leucophlegmatiques, et nous voyons pareillement la même terminaison fâcheuse envahir les abcès appelés lymphatiques, dépendant assez souvent de l'état morbide des viscères, notamment de ceux de l'abdomen, lorsque ces abcès sont imprudemment ouverts au moyen d'une longue et large incision, plutôt que par la ponction.

Wisemann, instruit sans doute par sa longue expérience, a eu soin d'avertir les chirurgiens que la cure d'une hydrocèle quelconque, chez les scorbutiques, les phthisiques, les scrofuleux, les obstrués, avec œdème aux pieds, peau jaune-paille, etc., etc., et, en général, chez les personnes valétudinaires ou seulement avancées en âge, était le plus ordinairement suivie de douleurs aiguës dans le bas-ventre, de fièvre intense, de vomissements, de hoquet, de gangrène. Cheselden et Sharp ont confirmé cette vérité de pratique chirurgicale en déclarant formellement que l'hydrocèle, à quelque espèce qu'elle appartienne, n'est pas toujours une maladie entièrement locale.

Bertrandi, l'un des premiers, par ses observations et ses recherches, a répandu une vive lumière sur cette question en démontrant que, chez des sujets sains et robustes sous tous les rapports, l'hydrocèle constituant une maladie tout-à-fait locale, compliquée néanmoins de la faiblesse des parties où elle a pris naissance, l'incision de la tumeur n'est pas exempte de graves accidents consécutifs si l'homme de l'art a négligé de prendre les précautions à l'aide desquelles les téguments du scrotum, la tunique vaginale et les parties voisines, affaiblis et tiraillés outre-mesure par la sérosité, puissent recouvrer ce degré convenable de vitalité qui les dispose à réagir contre toutes les causes d'incitation, et à imprimer une marche régulière à l'inflammation et à la suppuration (1).

---

(1) Praxis medica, cap. 39, 40.
(2) Cent. IV, observ. 66.
(3) Delectus opusculorum med., vol. III.
(4) De tumoribus præter nat., cap. 34.

(1) « Ut horum magnam partem vitaremus, con-» silium duximus in amplâ hydrocele aquam per » acum triquetram educere, atque corroborantibus » remediis, tum suspensorio partem fovere, atque » sustentare per aliquot dies, donec aliqua humoris » copia iterùm fuerit collecta ; atque tùm, prius-» quàm tumor ad antiquam amplitudinem perve-» niat, iterùm, iterùmque perforatur, at tandem » scalpello incidatur. Ità enim minor est gangrenæ, » aut hæmorrhagiæ metus ; tùm partes corrugatæ, » corroboratæque, medicamenta faciliùs admittunt, » suppuratio citiùs, faciliùs et æquabiliter excitatur. » Quod repetitis experimentis affirmamus. »

(De hydrocele, auctore Ambrosio Bertrandi, in

Pott rangeait également parmi les causes des résultats fâcheux mentionnés ci-dessus la structure et l'irritabilité des aponévroses et des membranes qui concourent à la formation du crémaster et de la tunique vaginale. Cet illustre chirurgien n'aurait pas manqué de soutenir chaudement cette opinion (laquelle sent un peu la théorie des vieilles écoles) s'il eût été informé qu'un homme de moyen âge, d'ailleurs sain, mais doué de la sensibilité la plus exquise, opéré d'une hydrocèle de la tunique vaginale à l'aide de la méthode de l'incision, par Regnoli, très habile chirurgien de l'hôpital de Milan, fut atteint, peu de temps après l'opération, d'un tétanos qui amena la mort. Il me semble qu'en pareil cas, lorsque la constitution n'est ni viciée ni débilitée, les accidents qui succèdent à l'opération doivent plutôt être attribués à la vive sensibilité du testicule, exposé au contact des corps extérieurs, qu'à la lésion des aponévroses et des membranes. J'observerai qu'à circonstances égales dans l'état général du malade, l'incision de la tunique vaginale, dans les cas d'hématocèle, pour donner issue au sang épanché et coagulé dans sa cavité, ne détermine jamais d'accidents inquiétants, parce que, vraisemblablement, et je le pense ainsi, dans cette occurrence le testicule n'est que peu ou point éloigné de son siége accoutumé et qu'il est recouvert et protégé par une couche de sang couenneux qu'un chirurgien prudent ne doit jamais enlever. Toutes choses égales d'ailleurs, l'incision de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique ne donne également jamais lieu à de graves dangers consécutifs comparables à ceux que détermine l'opération de l'hydrocèle de la tunique vaginale, parce que, dans le premier cas, les parties exposées au contact de l'air et des agents extérieurs sont moins sensibles que le testicule. Tel est probablement le motif pour lequel, ainsi que l'observe Samuel Sharp (1), l'ablation du testicule n'est pas aussi féconde en malheureux résultats que l'incision de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Pour prévenir de pareils inconvénients, le meilleur moyen, selon Latta (2), doit consister, après l'évacuation de la sérosité, à mettre immédiatement en contact la surface interne de la tunique vaginale avec l'albuginée et à les maintenir exactement rapprochées. Certainement ce serait la meilleure de toutes les indications curatives à adopter après l'opération dont il s'agit s'il était toujours possible d'y satisfaire complètement; mais très fréquemment la surface interne de la tunique vaginale, même à l'état sain, ne peut contracter d'adhérences générales; souvent elle ne le peut en aucun point de son étendue à cause de la présence de callosités, d'hydatides, de fongosités, de tubercules, etc., etc., etc. C'est pourquoi, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce point de doctrine chirurgicale, l'expédient le plus utile et le plus efficace de tous ceux connus jusqu'à présent, après avoir évacué la sérosité contenue dans la tunique vaginale, sans imprimer aucun changement de position au testicule, c'est de recouvrir toute la surface de cet organe d'un linge fin enduit de cérat, et de continuer l'application de ce topique jusqu'à ce que, détaché spontanément par la suppuration, il laisse voir au-dessous de lui la tunique albuginée revêtue de bourgeons charnus, et que cette membrane soit devenue moins sensible au contact de l'air et des corps extérieurs qu'elle ne l'était avant l'opération. Cette pratique du moins n'a pas trompé mon attente.

Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, édit. in-12, vol. 7e, p. 403.)

(1) Critical inquiries into the present state of surgery, chap. II.

(2) Practical system of surgery, tom. I, p. 365.

Maladies de l'oreille.

V. Mémoire et observations pratiques sur les écoulements d'oreille.—(Suite (1).)

Les considérations dans lesquelles je suis précédemment entré sur le siége, la nature, la marche et la durée des divers écoulements d'oreilles, rendent le pronostic facile dans la plupart des cas. Généralement favorable dans les flux idiopathiques, il devient, dans quelques lésions de la seconde classe, d'une extrême gravité, tandis que l'apparition d'abcès critiques dans l'organe auditif annonce parfois la guérison prochaine des plus dangereuses maladies. Je vais étudier successivement le pronostic de chacun des écoulements de l'oreille, en suivant l'ordre que j'ai adopté pour les décrire.

A. Pronostic des écoulements idiopathiques de l'oreille.

1° Jamais, peut-être, l'invasion de *l'otorrhée* n'a mis un malade en danger; mais souvent l'intégrité du sens auditif est compromise par la prolongation du flux morbide qui en résulte. Un des caractères les plus saillants de l'otorrhée, c'est la persistance et une déplorable propension aux récidives. Lorsque l'affection siége au voisinage du méat auditif, elle est, en même temps, moins rebelle et plus accessible à l'action des agents thérapeutiques. Quand, au contraire, elle s'est fixée dans les parties profondes du conduit, on doit craindre la prolongation indéfinie du gonflement morbide et l'épaississement de la membrane du tympan.

La nature et l'abondance du flux otorrhéique ne sont pas, non plus, sans influence sur le pronostic. Lorsque ce produit reste purulent, inodore et peu copieux, on doit espérer une guérison prochaine; mais quand l'écoulement, au lieu de demeurer dans de justes limites, devient excessif, quand il présente les caractères du pus sanieux, et subit de fré-

(1) Voir le numéro de décembre dernier et celui de janvier 1847.

quentes alternatives d'augmentation et de diminution, le pronostic devient plus grave.

Le pronostic est encore fâcheux quand l'otorrhée s'attaque à des sujets affaiblis, rachitiques, indociles ou vivant au milieu d'influences hygiéniques délétères. Rien encore n'est plus contraire à la guérison de l'otorrhée que la malpropreté et le défaut de précautions pour se garantir du froid. L'automne et surtout l'hiver sont des saisons défavorables à la thérapeutique des otorrhées; l'été et l'habitation dans un climat chaud favorisent, au contraire, la guérison de ces maladies.

2° Lorsque l'*otite* est très intense, elle provoque souvent la fièvre et des phénomènes nerveux de plusieurs sortes. J'ai vu une inflammation violente du conduit auditif causer, chez une dame nerveuse, une fièvre grave et un délire qui dura pendant deux jours. L'ouverture d'un abcès, d'où s'écoula près d'un verre de pus, mit fin à ces accidents qui avaient alarmé sérieusement la famille.

Quelque bénigne que soit l'otite, elle est toujours accompagnée de douleurs assez vives et de réaction fébrile, lorsqu'elle donne lieu à une collection de pus. Dans les cas où il ne se forme pas d'abcès, quand celui-ci s'est fait jour ou a été ouvert, la guérison ne se fait pas longtemps attendre, surtout chez les sujets de bonne constitution qui vivent dans un milieu hygiénique convenable.

3° Quand l'écoulement du conduit auditif est entretenu par une *carie du cornet osseux*, on ne peut se flatter d'obtenir une guérison rapide. Toutes choses égales d'ailleurs, cependant, on conçoit que les sujets bien constitués, sains et convenablement traités, offrent plus de chances de guérison que ceux qui sont placés dans des conditions opposées. Lorsque la carie est survenue à la suite d'une otite, ou encore quand elle est d'origine traumatique, le pronostic est généralement favorable. Il ne devient réellement grave que quand la mortification, au lieu de rester bornée au cornet, se propage aux parties voisines, notamment au rocher.

4° Le pronostic des écoulements d'oreilles provoqués par la *présence de corps étrangers* dans le conduit auditif dépend surtout du volume, de la forme et de la composition de ces corps. Certaines prédispositions particulières, et dont on ne peut se rendre compte, rendent aussi les malades plus ou moins impatients à supporter la présence des agents extérieurs dans les organes. On cite des sujets qui ont porté pendant des mois et des années des cailloux, des pois, des billes, etc., dans les oreilles, sans que l'organe fût sérieusement compromis. On rencontre de nombreux exemples de cette innocuité, surtout chez des sujets âgés. J'ai retiré des conduits auditifs externes d'un sourd-muet de l'institution d'Orléans deux pierres qui en remplissaient complètement la capacité et qui y avaient séjourné plus de deux ans sans provoquer d'autre lésion qu'un flux irrégulier. Après l'extraction de ces corps, M. l'aumônier de l'institut et les personnes présentes purent s'assurer comme moi que le jeune malade entendait de chaque côté le battement d'une montre de poche (1).

Chez certains sujets, au contraire, l'introduction des plus petits corps dans le conduit auditif cause une agitation et des douleurs considérables, et il ne suffit pas toujours d'extraire ceux-ci pour faire cesser les accidents. La présence dans le conduit de corps rugueux, irréguliers, est plus fâcheuse que celle des corps lisses et polis. Quand ceux-ci sont susceptibles de se gonfler spontanément, comme les haricots, les pois, etc., l'extraction en devient par-là même plus difficile. Les insectes et les autres êtres vivants qui pénètrent dans l'oreille y déterminent souvent, par leurs mouvements rapides, une irritation suivie d'écoulements qui ne cèdent que quand on les a retirés. Quelques substances, telles que la chaux, la potasse et certains sels, ne sauraient sans de grands dangers séjourner longtemps dans l'organe auditif, où la présence de l'humidité développe leurs propriétés caustiques.

Pour résumer enfin en quelques mots les données pronostiques fournies par l'écoulement d'oreilles dû à la présence de corps étrangers, j'ajouterai que le plus fâcheux résultat que l'on puisse redouter est la pénétration de ces corps dans la caisse du tambour. Le pronostic est favorable, au contraire, aussi longtemps que la membrane du tympan reste intacte et que l'agent morbide peut être extrait en entier.

5° Tout le monde sait combien les *dartres* sont tenaces et susceptibles de se reproduire, même après avoir paru radicalement guéries. C'est dire assez combien il est difficile de tarir les flux d'oreilles entretenus par leur présence. Si l'on peut obtenir ce résultat dans les premiers temps de leur apparition, l'ouïe revient facilement et assez vite à son état primitif; mais, pour peu que la maladie se prolonge, le tégument du conduit auditif reste souvent altéré dans sa structure et dans ses fonctions. L'ouïe est surtout compromise quand l'éruption se propage jusqu'à la membrane du tympan.

Lorsque la *gourme* est de moyenne intensité et que l'éruption ne pénètre pas profondément dans le conduit auditif, le pronostic est toujours favorable. La prolongation de la maladie, la fétidité de l'écoulement, la mauvaise constitution des sujets, et, par-dessus

---

(1) Quelques personnes étrangères aux études de pathologie auriculaire trouveront peut-être étrange qu'un sourd-muet puisse encore entendre le bruit d'une montre. Ce cas, néanmoins, est loin d'être exceptionnel, ainsi que je compte le prouver prochainement par de nombreuses observations. Ce qui est exceptionnel, c'est le sourd-muet qui n'entend plus aucune espèce de bruit. Tous ceux qui se sont occupés de l'éducation ou du traitement des aveugles savent combien il est rare de rencontrer des sujets complètement insensibles à l'action de la lumière. Les sourds-muets privés *complètement* de l'ouïe ne sont pas moins rares.

tout, le défaut de soins, toutes ces circonstances aggravent la position et rendent même parfois impossible la guérison du flux auriculaire.

B. Pronostic des écoulements symptomatiques de l'oreille.

Le pronostic est loin d'être aussi favorable dans les écoulements de la seconde classe que dans ceux de la première. Dans ces derniers, la source de la suppuration est à découvert et l'on peut l'attaquer par des moyens directs. Dans les flux symptomatiques, au contraire, on ne peut agir, le plus souvent, que par une médication générale, et les parties lésées sont, dans la plupart des cas, placées hors de l'atteinte des agents immédiats de curation. Plusieurs de ces flux compromettent non-seulement la fonction auditive, mais encore la vie elle-même. Voici, du reste, en procédant par ordre, le pronostic de chacun d'eux.

1° Dans les flux d'oreilles provenant de *perforation de la membrane du tympan* à la suite d'abcès dans la caisse, on ne peut guère compter sur le rétablissement de l'ouïe. Les désordres qui ont été produits par la phlogose et par l'accumulation du pus dans la caisse sont trop graves pour que la fonction ne soit pas compromise. Distendue par la sécrétion morbide et macérée, en quelque sorte, dans le pus, la membrane du tambour est le plus souvent désorganisée avant de céder à la pression du liquide. Fréquemment encore, la chaîne des osselets a été rompue et plusieurs de ceux-ci sont entraînés au dehors. A la suite de ces accidents, la cavité du tambour, irritée par le contact immédiat et continuel de l'air, devient un foyer permanent de suppuration ; et le seul moyen d'éviter les douleurs et la formation d'abcès nouveaux, c'est de tenir l'oreille constamment bouchée. Ainsi, l'ouïe se trouve compromise, non-seulement par le fait de la maladie elle-même, mais encore par la présence du remède que l'on doit employer pour prévenir des accidents nouveaux. Aussi longtemps, du reste, que le foyer de la suppuration reste borné aux parties molles de la caisse et qu'il n'y a ni métastase ni résorption purulente, la vie du malade est à l'abri de tout danger.

2° Dans les flux d'oreilles qui proviennent d'une *rupture traumatique* récente de la membrane du tympan, on peut obtenir, quand on arrive à temps, non-seulement la guérison de la maladie organique, mais encore le rétablissement complet de la fonction. J'ai rapporté, dans mon dernier travail (*Essai théorique, etc.*), plusieurs exemples de cette heureuse terminaison, entre autres celui que m'offrit l'une de nos célébrités musicales, M. A. Batta. Mais cet heureux résultat ne peut être atteint qu'à une condition, à savoir, la cicatrisation complète et par première intention de la blessure. L'ouïe, ainsi que je l'ai démontré dans un autre travail (1), est toujours plus ou moins affaiblie par la présence d'une solution de continuité dans l'opercule ; et l'on ne peut cicatriser celle-ci quand la blessure subsiste depuis un certain temps. La gravité du pronostic, dans les écoulements d'oreilles dus à la perforation traumatique de l'opercule, dépend donc entièrement de l'ancienneté de la maladie et des obstacles que présente la cicatrisation de la blessure.

3° Le résultat le moins fâcheux de la *carie du rocher*, c'est la perte complète des fonctions de l'organe malade, sans autres complications. Mais il est rare que la désorganisation de l'os s'opère sans provoquer de graves accidents, et l'envahissement du cerveau et des méninges est une des suites les plus fréquentes de la maladie. — L'arrêt subit du flux morbide, dans la carie du rocher, est toujours un fâcheux symptôme, car il indique un travail de métastase ou de résorption. L'abondance excessive du flux est encore à redouter, et l'on ne peut trop se tenir sur ses gardes quand il entraîne avec lui des esquilles d'os. Presque toujours l'envahissement du cerveau est annoncé plusieurs jours à l'avance, chez ceux qui portent une carie du rocher, par une altération profonde des traits, un changement d'humeur, la fétidité de l'haleine, des frissons, etc., en un mot, par tous les prodromes des fièvres de mauvaise nature. En même temps que l'écoulement auriculaire se supprime, des lésions profondes de la motilité, des crampes, des convulsions, la paralysie, etc., viennent se joindre aux désordres de l'intelligence et de la volonté. Il est rare que la maladie arrivée à ce point n'ait pas une issue funeste. En résumé, rien n'est plus grave que le pronostic des écoulements d'oreilles ayant leur source dans une carie du rocher.

4° Le pronostic des flux d'oreilles provenant de la fonte d'un *tubercule du rocher* est plus grave encore que celui de la carie du même os. Dans cette dernière maladie, en effet, la lésion peut être tout-à-fait locale, tandis que la tuberculisation osseuse est toujours liée à une diathèse profonde et du plus fâcheux caractère.

La fonte d'un tubercule du rocher est ordinairement accompagnée des symptômes généraux et locaux que j'ai décrits dans le paragraphe précédent. La mort par *otorrhée cérébrale secondaire* est la terminaison la plus ordinaire de cette terrible maladie. La perte de la mémoire et des altérations plus ou moins profondes de la motilité sont, après la précédente, l'issue que l'on doit le plus redouter. Il est néanmoins quelques cas très rares où la suppuration d'un tubercule du rocher semble arrêter la marche de la phthisie pulmonaire. J'en citerai, dans quelques instants, un remarquable exemple, en parlant des flux critiques du conduit auditif.

5° Parmi les *nécroses de parties plus ou*

(1) *De l'abus et des dangers de la perforation de la membrane du tympan, etc.*, mémoire; chez Victor Masson.

moins éloignées qui donnent lieu à un écoulement du conduit auditif, il faut distinguer avec soin, dans le pronostic, les nécroses par lésion traumatique de celles par diathèse. Les premières, quand elles existent chez un sujet sain et ne sont pas la suite de blessures profondes, sont généralement curables. Le pronostic des secondes est plus grave, et la gravité est encore augmentée quand, au lieu d'être due à une simple carie, la désorganisation osseuse est produite par un ostéo-sarcôme ou un cancer. On trouve dans le VIIe volume de l'ancien Journal de médecine un curieux exemple de nécrose du temporal déterminée par une chute et suivie de guérison. L'histoire de la Société de médecine, 1780-1, en renferme un exemple plus curieux encore : c'est celui d'un officier qui, à la suite d'un refroidissement subit de la tête, éprouva de vives douleurs qui furent suivies d'écoulement des deux oreilles et de l'extraction de dix-neuf pièces osseuses nécrosées provenant du temporal, des pariétaux, de l'occiput ou du coronal. Cette maladie, dont l'officier guérit, ne dura pas moins de dix-sept mois, et l'audition ne fut sensiblement affaiblie que d'un côté.

6° On comprend facilement combien doit être grave le pronostic des écoulements d'oreilles qui ont leur source dans l'encéphale. Aussi tous les auteurs s'accordent-ils à ranger l'*otorrhée cérébrale primitive* parmi les maladies les plus dangereuses ; la plupart même la regardent comme plus redoutable que l'otorrhée cérébrale secondaire. Je ne puis, pour ma part, partager ce dernier avis. Quelque dangereuse que soit la formation d'un abcès dans la substance cérébrale, cette maladie n'est pas nécessairement mortelle. Quand la force médicatrice parvient à expulser le produit morbide, on peut espérer la cicatrisation des parois de l'abcès et la guérison du malade ; l'anatomie pathologique a constaté plusieurs fois ce résultat. Mais quand l'affection cérébrale est provoquée par une carie du rocher, celle-ci joue le rôle de l'épine enfoncée dans les tissus vivants.

La maladie a toute sa gravité quand l'otorrhée cérébrale primitive coïncide avec la carie; une terminaison promptement mortelle est alors inévitable.

7° Les *abcès du voisinage de l'oreille* qui viennent s'ouvrir à l'intérieur du conduit auditif ne font d'ordinaire éprouver à l'ouïe qu'une altération passagère. La terminaison que l'on doit surtout redouter dans les abcès du voisinage de l'oreille, c'est la gangrène du foyer et la mortification de la portion de l'auricule qui l'avoisine. La dénudation des os, et, par suite, la carie qui peut pénétrer plus ou moins profondément dans leur épaisseur, donnent encore lieu à un pronostic fâcheux que l'on doit s'efforcer de prévenir par un traitement prompt et énergique.

C. Pronostic des écoulements substitutifs et critiques de l'oreille.

Il est rare que l'apparition d'un flux substitutif dans l'oreille soit suivie de la perte de l'ouïe. Plus rarement encore la vie du malade est compromise par leur présence. Que ces écoulements, en effet, remplacent un flux normal comme les règles, ou une sécrétion morbide comme celle d'un vieux ulcère, d'une fistule, toujours c'est à la surface de la peau qui tapisse le conduit auditif que l'exhalation a lieu. Les parties profondes et essentielles de l'organe restent intactes.

Dans les flux critiques, au contraire, on doit craindre non-seulement en raison de la gravité de la maladie qui leur a donné naissance, mais encore en ce que le foyer de la suppuration est souvent placé dans la caisse du tambour ou même dans l'oreille interne. Dans quelques cas, néanmoins, le pronostic des flux auriculaires critiques est non-seulement dénué de gravité, mais encore on doit se féliciter de leur apparition qui signale un changement favorable dans la maladie. Je citerai bientôt quelques exemples à l'appui de cette dernière assertion.

Dans la plupart des exemples que rapportent Glaser et les autres auteurs, la menstruation par le conduit auditif ne fut suivie d'aucune diminution de l'ouïe. Dans le cas cité par F. de Hilden, où la miction s'opérait tantôt par l'oreille, tantôt par les voies naturelles, la finesse de l'ouïe ne fut pas affaiblie chez la jeune fille qui présentait ce singulier phénomène.

Le pronostic n'est plus aussi favorable quand l'écoulement d'oreilles, au lieu de remplacer un flux normal, succède à une sécrétion morbide : l'ouïe, dans ces cas, reste d'ordinaire plus ou moins affaiblie. Chez la dame dont j'ai parlé déjà et qui présentait une bronchorrhée alternant avec un flux d'oreilles, l'ouïe avait beaucoup faibli, surtout du côté gauche où l'écoulement était à la fois plus copieux et plus tenace. Je pus reconnaître, comme on devait s'y attendre, que l'audition était plus affaiblie au moment du flux d'oreilles ; mais elle était loin de revenir au degré normal lorsque la bronchorrhée ou la diarrhée reprenaient leur cours.

Hippocrate, qui attachait une si grande importance à la doctrine des crises, a traité, dans plusieurs endroits, du pronostic des tumeurs et des abcès d'oreilles survenant dans le cours des maladies. « Les tumeurs auriculaires qui apparaissent dans les maladies chroniques et restent sans suppurer sont mortelles. » (*Coacæ prænotiones*, § j.) « Si, dans les maladies aiguës ou dans les fièvres ardentes, il survient un flux d'oreilles qui ne juge pas la maladie, le malade meurt. » Et dans les *Indications*, § xij : « Le pus qui s'écoule des oreilles dans les affections de la tête guérit la maladie, etc. » Le père de la médecine rapporte en outre plusieurs exemples qui viennent confirmer ses jugements.

Tous les praticiens ont été frappés de la fréquence des écoulements d'oreilles qui ont lieu dans la dernière période des phthisies pulmonaires. Hippocrate affirme (*Coacæ præ-*

notiones, § iij) que, dans ces cas, « le malade guérit si le flux persiste. »—Ici, par malheur, l'expérience vient chaque jour infirmer le pronostic du maître. — Des abcès s'ouvrent dans les conduits auditifs, surviennent à l'aisselle, aux aines ou à l'anus, dans le cours des affections tuberculeuses du poumon, et le malade n'en succombe pas moins. Dans quelques cas pourtant, l'affection pulmonaire semble rétrograder tout-à-coup à l'apparition d'un écoulement d'oreilles. En voici un exemple : au commencement de ma carrière médicale, je fus appelé dans une famille qui depuis a quitté Paris. Deux frères étaient malades en même temps d'une phthisie commençante. Les sueurs nocturnes, la diarrhée colliquative et tous les symptômes qui annoncent la dernière période de ces maladies, avaient paru chez l'aîné. Aucun des consultants que j'avais appelés n'eut le moindre doute sur la nature de la maladie qui était héréditaire dans la famille, et nous pronostiquâmes une terminaison prochaine et funeste. Sur ces entrefaites, il survint une douleur violente dans l'oreille droite. La chaleur et les battements annoncèrent bientôt la formation d'un abcès, et un flot de sanie purulente vint mettre fin aux souffrances du malade. La suppuration continua les jours suivants, et la lésion pulmonaire recula devant cet émonctoire ouvert par la force vitale comme une soupape de sûreté. Depuis plus de dix ans M. de X. jouit d'une santé satisfaisante, et tout me fait espérer qu'avec des soins il prolongera fort loin sa carrière. L'abcès qui survint avait son siége dans la caisse du tympan, et c'est en déchirant la cloison qu'il se fit jour. L'ouverture est restée fistuleuse, et, chaque fois que le malade se refroidit et s'enrhume, les douleurs et l'écoulement d'oreilles augmentent. La cophose est d'ailleurs complète de ce côté. Le jeune frère éprouva aussi, le printemps suivant, les sueurs nocturnes et la diarrhée colliquative qui avaient précédé l'abcès auriculaire chez M. de X. Comme chez ce dernier, la surdité, les douleurs d'oreilles et enfin l'écoulement du conduit auditif droit parurent; mais sans bénéfice pour le malade, qui souffrit encore une vingtaine de jours et succomba, bien que le flux auriculaire n'eût pas cessé un instant.

Dans les deux observations qui précèdent, l'écoulement d'oreilles parut chez deux sujets de même âge et de même constitution, tous deux phthisiques et à la même période de la maladie. D'après l'assertion d'Hippocrate, celui qui survécut rentrait dans la règle, tandis que le jeune, qui devait être sauvé par l'abcès auriculaire, mourut exceptionnellement. Dans le cas particulier qni nous occupe, l'assertion du père de la médecine ne peut être admise, tandis que le pronostic contraire est l'expression de la vérité. Il suffit, pour se ranger à ce dernier avis, d'observer pendant quelque temps un certain nombre de phthisiques passant de la seconde à la troisième période de la maladie. La plupart, si vous portez leur attention sur ce point, se plaindront d'un commencement de surdité et des bourdonnements d'oreilles. A ces premiers symptômes succèderont des douleurs lancinantes chez quelques-uns, et, enfin, des battements profonds et un écoulement du conduit; vous pourrez vous assurer que cette crise n'aura, chez la plupart, d'autre effet que d'ajouter à la somme des douleurs, sans entraver en rien la désorganisation pulmonaire. Ici, d'ailleurs, la théorie s'accorde avec les faits pour démontrer combien il est difficile d'entraver dans son cours une maladie aussi grave que la phthisie s'attaquant à un organe aussi délicat que le poumon.

En résumé, sauf le pronostic des flux d'oreilles provenant de phthisie pulmonaire, qui est inacceptable, la doctrine d'Hippocrate sur la valeur des écoulements du conduit auditif, considérés comme phénomènes critiques des maladies graves, est juste en tout point. De même que l'on doit porter un pronostic fâcheux sur la plupart des flux symptomatiques de l'oreille, de même on doit, le plus souvent, se féliciter de l'apparition des abcès critiques. Dans la phthisie pulmonaire même, la formation de ces abcès ouvre quelquefois une chance de salut, ainsi que j'en ai rapporté un exemple.

(La suite prochainement.)

M.-E. HUBERT-VALLEROUX, D. M. P.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

VI. Poudre de goudron calcaire.

Monsieur le rédacteur,

Il est peu de médecins dans les campagnes qui n'aient employé le goudron, ce précieux médicament du pauvre; mais il en est peu aussi qui ne l'aient pas abandonné : sa consistance, sa ténacité surtout, répugnent aux pharmaciens qui le préparent, aux malades qui l'emploient. Et cependant, dans la thérapeutique, il tient une place aussi élevée que ces composés iodurés, mercuriels et autres qui figurent sans doute avec plus d'éclat dans les ordonnances des médecins.

En jetant, par petites portions à la fois, de la chaux vive en poudre dans une partie de goudron liquide, mélangeant bien les deux parties jusqu'à ce que la combinaison qui en résulte soit assez dure pour être pulvérisée, vous obtenez une poudre noire, non tenace, et par conséquent facile à employer. Cette poudre de goudron calcaire me paraît avoir des propriétés plus énergiques que le goudron seul. Depuis quatre ans je l'ai employée dans des eczémas, dans quelques cas de gale, de prurigo, de vieux ulcères des jambes, etc., et c'est un moyen précieux pour le praticien des campagnes, précieux par son énergie, précieux par son bas prix. Je mêle cette poudre en trois proportions avec l'axonge. Le n° 1 contient un huitième, le n° 2 un quart, et le n° 3 moi-

tié de la poudre de goudron calcaire, suivant l'état de sècheresse et d'inflammation des parties. Ne pouvant citer tous les cas où je l'ai employée, je me borne à en choisir quelques-uns.

Le nommé Pierris, marchand colporteur, portait au dos, depuis trois ans, dans une étendue large comme la main, des squames assez épaisses, reposant sur une peau rouge, épaisse et gercée çà et là. Ce *psoriasis inveterata* avait été traité dans un grand hôpital du Midi par les préparations arsenicales. Mais, ennuyé de la longueur du traitement, cet homme en était sorti comme il y était entré. D'après le conseil d'un autre colporteur, il avait ensuite couvert son psoriasis d'une couche permanente de fiente humaine, et ce singulier topique, que j'ai vu moi-même réussir dans des cas où les autres pommades avaient échoué, avait à peu près nettoyé la peau ; mais le mal s'étant exaspéré sous l'influence de la malpropreté, le patient eut recours à moi. Je couvris les squames d'une couche permanente de la pommade n° 3. Tous les matins des douches d'eau de savon nettoyaient la partie. et en quinze jours la peau avait à peu près sa couleur normale. Par reconnaissance cet homme partit sans penser à m'offrir une rétribution.

La femme G., du village de la Couarde, atteinte d'une démangeaison de l'anus et de la vulve depuis dix ans, que des traitements antérieurs n'avaient pu empêcher de s'exaspérer à un degré difficile à croire, trouva une guérison parfaite par l'emploi de la pommade n° 1. Cette femme est morte sans l'avoir vue reparaître.

J'ai encore dans ce moment quelques cas de prurigo de l'anus que je ne guéris pas, mais que je calme toujours de cette manière.

Je termine, monsieur le rédacteur ; car ce que je pourrais ajouter ne vaudrait pas l'expérimentation à laquelle la publicité si étendue de votre journal, si vous le jugez convenable, doit appeler nos confrères. Mais, à propos de la poudre de goudron calcaire, qu'il me soit permis de faire une réflexion.

Tous les journaux témoignent du zèle des médecins de province pour les populations qui les entourent ; le gouvernement doit donc aussi s'occuper de ces médecins. Les grands mots d'humanité qu'on nous jette toujours à la tête honorent sans doute, mais ne font pas subsister. Le salaire qui nous est si justement dû, si indignement refusé par des tribunaux même, ne devrait-il pas recevoir une base honorable pour tous? Devons-nous toujours rester entre une vie pénible, rendue plus pénible encore par la conduite de certains confrères indignes, et qui sont un vivant argument en faveur des conseils de discipline, et la misère qui nous attend si souvent? Les efforts généreux du corps médical de Paris n'ont-ils pas assez signalé ces luttes grossières, ce charlatanisme légal, que la nécessité fait naître parmi nous?

Espérons, monsieur, que la voix puissante de votre journal ne nous abandonnera pas, car l'organisation médicale c'est de la médecine aussi.

Agréez, etc.

E. Kemmerer, D. M. P.

Saint-Martin, île de Ré, janvier 1847.

VII. Des injections vineuses et des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu dans le numéro de janvier de votre journal une observation de M. Bouisson au sujet d'une hydrocèle double traitée par les injections iodées et vineuses. Un fait semblable s'est offert à moi au mois de mars de l'année dernière. J'ai pensé qu'il serait assez intéressant de le rapprocher de celui qui a été publié par le professeur de Montpellier ; je vous l'envoie donc avec les réflexions qu'il m'a suggérées. Soyez assez bon pour le publier dans le premier numéro de votre journal (1).

Agréez, etc. V. Fleury,

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Clermont.

14 janvier 1847.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

1. **Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus**, dans le but d'éclairer l'étiologie des **insertions placentaires** sur cette région, et de conduire à un choix de moyens propres à combattre les **hémorrhagies** qui en sont la conséquence ; par C. Négrier, directeur de l'École préparatoire de médecine d'Angers, professeur d'accouchements et chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, membre de l'Académie de médecine (1).

Le but spécial de ce livre est nettement indiqué dans le titre, et, quant à l'importance de la question, il n'est pas nécessaire de la faire ressortir, l'hémorrhagie par insertion du placenta sur le col étant l'accident le plus redoutable qui complique la grossesse et l'accouchement. A Paris et dans les autres grandes localités, les jeunes praticiens se déchargent volontiers de la responsabilité qu'entraînent ces sortes de cas en appelant à leur aide un confrère plus spécialement adonné à la pratique des accouchements. Mais, dans les campagnes, une telle ressource n'existe pas,

(1) 1 vol. in-8° de 172 pages; à Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.—1846.

(1) Nous insèrerons cet article dans notre prochain numéro.

et il faut nécessairement prendre un parti qui décidera le plus souvent de la vie ou de la mort d'une femme en couches. Nous croyons donc que l'on nous saura gré de faire connaître quels sont à cet égard les résultats des recherches d'un de nos médecins les plus habiles des départements.

L'ouvrage de M. Négrier est une monographie complète sur le col de l'utérus considéré dans ses rapports avec l'art obstétrical. L'auteur procède donc d'une façon tout-à-fait didactique et consacre la première partie à des considérations anatomiques et physiologiques. Les corollaires pratiques qu'il en déduit ne sont pas toujours d'accord avec les opinions généralement acceptées sur l'autorité de quelques noms. Ainsi, il n'admet point avec M. Stoltz que la dilatation du sphincter supérieur du col utérin se fasse exclusivement dans la dernière semaine de la gestation. Il pense, au contraire, qu'il commence à se dilater vers le cinquième mois. M. Négrier fait d'ailleurs jouer un grand rôle à cet orifice. C'est sa résistance, dit-il, et non celle qu'opposent les parois du col, qui retient l'œuf dans l'utérus. C'est lui encore qui seul met obstacle à la délivrance en produisant l'incarcération du placenta.

Relativement aux insertions placentaires sur le col de l'utérus, M. Négrier n'admet point comme suffisantes les hypothèses que l'on a admises pour les expliquer et qui sont, comme l'on sait, le poids de l'œuf (Osiander, Stein, Bischoff), le manque d'adhérences de la poche anhiste en bas (Velpeau), la force d'impulsion des parois tubaires (Moreau). Ce seraient, tout au plus, pour lui des circonstances prédisposantes. L'auteur propose à leur place la théorie suivante que nous extrayons presque textuellement de son livre :

On sait depuis quelques années, et M. Négrier est un des premiers qui l'ait démontré, que chaque époque menstruelle est la conséquence du développement, de la séparation et de l'écoulement d'un œuf provenant de la vésicule de Graaf. Cet œuf, portant un germe vivant et non fécondé, est saisi par la trompe et presque toujours conduit par elle jusque dans la cavité de l'utérus. Il est ensuite entraîné vers l'angle inférieur de cette cavité, par le sang des règles si ce sang flue encore, ou bien avec le fluide muqueux, blanchâtre, qui succède à l'exsudation menstruelle. M. Négrier admet, en outre, que la fécondation de l'œuf peut avoir lieu à tous les points du long canal qu'il parcourt, partout enfin où la semence le rencontrera *vivant*, fût-ce même dans la capsule, à l'ovaire, si quelque obstacle l'y a retenu. Il croit, enfin, que, dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne de l'utérus, l'œuf, lorsqu'il a été fécondé, était déjà parvenu jusqu'à ce point où sa nouvelle vie l'a fixé. Si l'on accepte les conséquences de ces hypothèses, il faut admettre, dit l'auteur, que dans les cas de fixations normales, la formation de la membrane caduque précédera l'arrivée de l'œuf et le tiendra confiné vers le fond de l'utérus; et qu'au contraire, dans les cas de fixations anormales, ce sera l'œuf, non encore fécondé, qui aura précédé, dans la cavité utérine, l'arrivée de la semence et la formation de la matière plastique. Maintenant, si c'est vers la portion inférieure du corps de la matrice que s'est opéré le contact séminal, la greffe anormale déjà donnera naissance à une insertion partielle seulement et les racines du placenta pourront s'étendre jusque dans la cavité du col. Si, au contraire, l'œuf, avant son imprégnation, est parvenu jusqu'à l'orifice supérieur du col, l'insertion du placenta sur cet anneau sera centrale. Il n'y a que les insertions partielles qui permettent à la gestation de parvenir à son terme; les insertions centrales, heureusement beaucoup plus rares, sont signalées dès le cinquième ou le sixième mois par des hémorrhagies abondantes et dont la gravité est bien connue de tout le monde.

La deuxième partie renferme des faits et des considérations pratiques sur les hémorrhagies utérines. Les faits sont partagés en deux groupes, comme deux termes d'une comparaison tendant à prouver que la gravité des hémorrhagies utérines est aussi essentiellement différente que le sont leurs sources dans cet organe. Le premier groupe est composé des pertes sanguines provenant des parois du corps de l'utérus, particulièrement de son fond sur lequel le placenta était normalement inséré. Le second groupe est formé des hémorrhagies provenant de la portion inférieure du corps de l'utérus et de la surface intérieure de la cavité du col, sur lesquels le placenta avait été greffé.

M. Négrier rapporte treize cas d'hémorrhagie causée par le décollement du placenta inséré normalement. A ces faits, pris dans sa pratique civile, il pourrait en ajouter quinze autres recueillis dans le service de la Maternité à Angers. L'étendue restreinte d'une analyse ne nous permet pas de rapporter quelques-uns de ces faits; mais tous sont pleins d'intérêt et méritent d'être médités particulièrement par ceux qui sont au début de leur carrière; car, outre l'accident hémorrhagique, chacun de ces cas présente quelque circonstance remarquable. Les pertes sanguines eurent lieu, les unes avant ou pendant le travail; les autres, pour la plupart latentes, eurent lieu postérieurement à l'accouchement et toujours à cause du resserrement de l'orifice supérieur. En résumant les circonstances capitales et communes à ces vingt-huit faits, on voit, dit l'auteur : 1° que presque tous les sujets ont échappé à l'hémorrhagie utérine, quelque grave qu'elle fût; 2° que les moyens ordinaires ont suffi pour ralentir et supprimer l'hémorrhagie, en *hâtant* et *soutenant* la contraction du tissu utérin; 3° que la mort n'a frappé que les sujets qui, en outre de l'accident hémorrhagique, étaient fatalement prédisposés, ou qui, postérieurement à la parturition, ont été atteints d'affections étrangères. Ces affections étrangères ont été dans deux cas

la métro-péritonite et dans un troisième l'éclampsie.

La deuxième série comprend, avons-nous dit, les hémorrhagies résultant du placenta inséré sur le col de l'utérus. Ces faits sont au nombre de huit, tous également pris dans la pratique civile de l'auteur pendant une période de huit années. Comme ces cas offrent plus de gravité et d'importance que les précédents, nous allons en donner une analyse succincte.

Premier fait. — Hémorrhagie au septième mois d'une deuxième grossesse. Elle se renouvelle pour la cinquième fois au moment du travail. Déjà depuis six jours le placenta flottait dans l'orifice encore très résistant. Le travail n'étant pas énergique, on tamponne. Le lendemain le travail devient énergique ; le tampon est repoussé avec de volumineux caillots de sang. Les membranes furent déchirées en même temps. L'orifice était alors dilaté au quart; la tête du fœtus s'y présentait ; le sang coulait peu. M. Négrier donne 1 gramme d'ergot en substance ; ce dernier détermine des contractions intenses et l'enfant est expulsé vivant une heure et demie après. Le sang coulait alors avec rapidité. Il y avait des adhérences placentaires qu'il fallut déchirer. Perte de sang énorme et la lipothymie complète. (Tamponnement immédiat avec quelques morceaux de linge imprégnés de vinaigre pur ; compression du corps de l'utérus avec les mains; aspersions froides; position horizontale.) L'utérus resta contracté, ce qui sauva la malade.

Deuxième fait. — Insertion du placenta sur le col de l'utérus ; adhérences placentaires étendues ; hémorrhagies considérables ; emploi du tampon obturant, comme ci-dessus ; rétablissement.

Les quatre cas suivants ont été moins heureux.

Troisième fait. — Hémorrhagie, sans cause connue, au sixième mois d'une deuxième grossesse. Le médecin ordinaire saigne. L'hémorrhagie se renouvelle vingt jours après plus abondante, et le médecin reconnut que le placenta était largement inséré sur le col et sur l'orifice. Les hémorrhagies se renouvelèrent dans le cours des huitième et neuvième mois, et affaiblirent considérablement la malade. Une nouvelle hémorrhagie marqua le début du travail puerpéral. Afin de précipiter la parturition, le médecin administra 2 grammes de seigle ergoté, dont l'effet fut presque nul. Malheureusement on perdit beaucoup de temps à en attendre l'effet et à pratiquer des tentatives infructueuses avec le forceps. On fit appeler M. Négrier, qui ne put arriver que le deuxième jour du travail, au matin. L'état de la femme ne laissait que peu d'espoir. La tête, qui s'était abaissée, fut facile à saisir avec le forceps, et on amena un fœtus mort. La matrice se contracta suffisamment. On plaça une ceinture compressive de l'abdomen ; ce n'était pas assez, dit M. Négrier, il fallait tamponner immédiatement et comprimer le corps de l'utérus, non pas seulement avec une ceinture, mais avec les mains en permanence. Bientôt, malgré la position horizontale, et quoique la perte de sang fût presque insignifiante, la malade expira.

Le quatrième fait commence une série de cas dans lesquels la compression aortique n'a eu aucun succès, a même causé des accidents de suffocation qui l'ont fait abandonner. Le quatrième et le cinquième sont des cas de large insertion du placenta sur le col. Le seigle ergoté a été sans effet dans ces deux cas. L'expérience a d'ailleurs montré à M. Négrier que son action est nulle sur les sujets qui ont perdu beaucoup de sang, particulièrement pour suspendre les hémorrhagies qui proviennent d'une insertion sur le col. Les malades des observations 4, 5 et 6 sont mortes.

L'auteur a été plus heureux dans les deux derniers cas. Quoiqu'il y eût une large insertion du placenta sur le col, le tamponnement et la pression perpendiculaire sur le corps de l'utérus ont procuré le rétablissement.

M. Négrier déduit de ces faits les corollaires suivants relativement au pronostic. Les hémorrhagies sont toujours mortelles pour les sujets faibles, si l'insertion a recouvert une très grande portion des parois du col et si de prompts secours ne sont pas donnés avec intelligence. Il est rare, au contraire, que les hémorrhagies provenant des parois du corps de l'utérus aient une terminaison fatale par le seul fait de la perte du sang. Enfin, les hémorrhagies graves qui apparaissent de bonne heure, bien qu'elles soient le résultat d'une insertion cervicale très étendue, sont cependant moins dangereuses pour la femme en couches que celles qui proviennent d'une insertion partielle, si elle a lieu chez une femme multipare, si le décollement a été brusque et considérable et si l'accident est survenu au terme de la gestation.

M. Négrier consacre un chapitre à prouver l'inutilité de la saignée pour combattre les hémorrhagies pendant la gestation, particulièrement dans les cas d'insertions placentaires sur le col. Le tamponnement exact est alors le seul moyen efficace pour suspendre les hémorrhagies graves ; le tampon doit être enduit d'une matière grasse et tenace, et non imprégné de vinaigre.

Quant à ce qui concerne les hémorrhagies survenant pendant et après le travail puerpéral, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire textuellement les corollaires pratiques établis par l'auteur à la fin de son livre.

1° *Insertions normales du placenta.* — Il est de nécessité absolue de reconnaître, aussitôt que possible, le lieu d'insertion du placenta. — Si le col ne permet pas les investigations, on doit préalablement suspendre l'hémorrhagie, en attendant, au moyen du tamponnement exact du vagin. — La perforation de l'œuf est utile si le placenta est greffé au fond de l'utérus ; elle serait cependant contre-indiquée par les situations vicieuses du fœtus et le défaut d'ampleur du bassin. — L'emploi du seigle ergoté est utile quand le travail puerpéral est lent, si le fœtus est bien situé et si le

bassin n'est pas vicié. — Ce médicament est infidèle aussitôt que la femme est affaiblie par une perte considérable de sang ; son action est nulle quand la grande faiblesse du sujet s'est manifestée par plusieurs lipothymies. — Dans les cas ordinaires, on doit extraire le fœtus aussitôt qu'on le peut, soit avec le forceps, si la tête est parvenue en pleine excavation, soit par la version podalique, quand l'emploi de l'instrument ne peut être ni prompt ni facile.

2° *Insertions anormales du placenta.* — Si l'hémorrhagie provient des parois cervico-utérines, on doit vider l'utérus sans hésitation, par le moyen le plus prompt : ce moyen est la version, à moins que la tête du fœtus ne soit parvenue sur le périnée. — Dans les cas d'occlusion du col, l'orifice inférieur doit être *forcé* ; il offre rarement, chez les femmes multipares, une résistance qu'il serait dangereux de surmonter. — La perforation de l'œuf, dans le but de diminuer l'hémorrhagie cervico-utérine, serait une pratique *irrationnelle et fâcheuse* ; elle prolongerait le travail et favoriserait la perte sanguine. — Si le placenta recouvre *très largement* tout l'orifice inférieur du col, il faut perforer le placenta au centre de l'orifice ; cette méthode est protectrice de la mère. — L'hémorrhagie fœtale résultant de la déchirure du placenta sera rarement funeste si l'extraction du fœtus est exécutée avec promptitude. — L'arrachement d'un lambeau flottant du placenta, pour suspendre l'hémorrhagie, ne peut être utile que lorsque le col utérin conserve encore la forme et la résistance d'un canal.

3° *Hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement.* —Quand il y a hémorrhagie après la parturition, on doit, *dans tous les cas*, extraire promptement le placenta. La main doit être retirée lentement de l'utérus, et seulement lorsqu'elle sera chassée par le resserrement des parois utérines. — Dans le cas de pertes latentes, on doit extraire, au fur et à mesure qu'ils se formeront, les caillots de la cavité utérine, avec les mêmes soins qu'exige l'extraction du placenta. Le corps de l'utérus doit être *comprimé exactement de haut en bas.* — De tous les corps introduits dans l'utérus pour en solliciter la contraction, l'éponge imprégnée de vinaigre, en suivant le procédé de Desgranges, est celui auquel on peut s'attacher, parce qu'il est le plus facile à improviser en tous lieux. Tous les corps portés dans l'utérus, au delà de l'orifice supérieur, fatiguent pour leur sortie. — Le tampon est utile dans tous les cas d'hémorrhagies après l'accouchement. — Dans les cas d'hémorrhagies provenant des parois du corps de l'utérus, il sera un agent provocateur très puissant des contractions ; dans les cas d'hémorrhagies provenant des parois cervico-utérines, le tampon agira surtout comme moyen *obturant.* — La compression perpendiculaire du corps de l'utérus doit *toujours* venir en aide à l'action du tampon. — L'opium, à grandes doses, ne peut tenir lieu de l'extraction des caillots et de l'action des doigts sur la surface interne de l'utérus. — Il n'est aucun moyen dérivatif assez puissant pour arrêter *définitivement* une hémorrhagie provenant des parois cervico-utérines. — La compression de l'aorte ne suspend pas entièrement une hémorrhagie provenant des parois du col de la matrice. Ce moyen est dangereux, parce qu'il fait perdre un temps précieux, et surtout parce qu'il peut porter un trouble profond dans les fonctions de la circulation et de la respiration.

Nulle part on n'avait encore posé des préceptes d'une manière aussi précise. Quelques-uns cependant ne sont pas admis par les accoucheurs, surtout celui qui est relatif au tamponnement immédiat après l'accouchement. La monographie de M. Négrier est un de ces livres qui appellent le plus utilement l'attention sur des questions graves et encore mal résolues.

---

2. **Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères**; par le docteur BARTH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Salpétrière (1).

Un recueil de bonnes notices topographiques et médicales serait un complément utile aux traités de matière médicale et de thérapeutique. Rien, en effet, n'est plus vague que les notions consignées à cet égard dans tous les traités de pathologie et de médecine, surtout à l'article phthisie. Sauf la rédaction, on dirait que les auteurs se sont copiés les uns les autres. Et que pourraient-ils faire de mieux, puisqu'il leur manque sur chacun des lieux qu'ils recommandent des renseignements exacts et purgés de toute exagération. Ainsi, pour la maladie que nous citions tout à l'heure, un certain nombre de villes sont citées comme un séjour salubre : ce sont Nice, Pise, Florence, Naples, en Europe ; c'est Madère, qui, d'un assez commun accord, a la palme ; mais ce séjour ne convient guère qu'à un petit nombre d'élus de la fortune. Tout récemment on s'est ravisé en faveur des îles Sandwich. Eh bien ! il est certainement peu de médecins qui soient en mesure de se prononcer en connaissance de cause plutôt pour une de ces localités que pour l'autre ; et cependant, si l'on en croit le rapport d'observateurs éclairés, il est telles d'entre elles, Naples surtout, qui sont le tombeau des phthisiques. C'est qu'il y a dans l'appréciation d'un climat à tenir compte d'autre chose que de la latitude ; il y a bien d'autres éléments à apprécier dont la seule énumération nous entraînerait trop loin. Il y a aussi à se défier des médecins qui écrivent sur la ville où ils exercent leur art ; l'amour du sol natal ou de la patrie adoptive les expose à trop voir le beau côté des choses. Or, il faut qu'on le sache, il n'est peut-être pas au monde une seule localité qui convienne à fois pour toutes les mala-

(1) Deuxième édition ; opuscule de 56 pages in-8°. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.—1846.

dies chroniques, ni peut-être pour toutes les phases de la même maladie, ni pour tous les individus atteints de la même affection. Ainsi un séjour d'une température humide et douce conviendra pour les phthisiques sujets aux hémoptysies, aux complications phlegmasiques ; mais il ne conviendrait plus à celui chez lequel dominent les attributs du tempérament scrofuleux. Un air un peu vif et sec fera mieux son affaire.

La notice de M. Barth sur la ville d'Hyères est celle d'un médecin consciencieux et éclairé, et, ce qui est une certaine garantie, celle d'un des élèves distingués de cette école dont la sévérité est si bien connue pour tout ce qui concerne la thérapeutique des maladies. On doit donc s'attendre à ne voir dans ce travail rien qui sente l'hypothèse pure, à ne trouver que des conclusions tirées de l'observation des faits. Nous avouerons toutefois à cet égard que le séjour de M. Barth à Hyères n'a pas été assez long pour qu'il ait pu tout observer par lui-même, et qu'il a dû souvent conclure d'après l'examen des conditions topographiques et météorologiques ; ce qui cependant peut fournir encore des données assez acceptables. En second lieu, la notice de M. Barth est comme le paiement d'une dette de reconnaissance envers un pays où il dit avoir retrouvé la santé. M. Barth serait donc jusqu'à un certain point ce qu'on appelle en termes d'audience un *témoin reprochable* (1).

Mais, à part ces légers inconvénients qu'il n'était pas au pouvoir de l'auteur d'éviter, la notice sur la ville d'Hyères est un des travaux les mieux faits que nous possédions en ce genre. Inséré dans un recueil de monographies, il aurait juste les dimensions convenables, ni plus ni moins ; mais, isolé comme il est, il est un peu trop court ; à cela près, tout y est clair et précis, et l'auteur n'y avance rien qu'il ne prouve par d'aussi bonnes raisons que possible. Ainsi, veut-il démontrer qu'Hyères jouit des avantages d'une latitude beaucoup plus méridionale que la sienne, il ne se borne pas à cette simple assertion ; il donne la liste des plantes d'Espagne, d'Italie, de Barbarie, d'Egypte, des contrées intertropicales même, qui y croissent en pleine terre ; ce sont, pour ne parler que des plus communes, l'oranger de Portugal dont il a admiré la maturité parfaite et la saveur exquise en février et en mars, et dont on expédie des milliers à Paris ; c'est le citronnier qui donne des fruits parfaitement mûrs, mais qui périt par une température de —3°; heureusement le thermomètre descend rarement à Hyères au-dessous de—1°; c'est le laurier-rose qui croît spontanément dans les vallons ; c'est le palmier-dattier qui a fourni des dattes mûres et dont les noyaux ont germé et donné des sujets de belle venue. Les contrées tropicales y ont pour représentants le bambou, la canne à sucre, etc. Inutile de dire qu'on chercherait en vain ces plantes à Toulon, qui n'est pourtant qu'à quatre lieues d'Hyères. La faune de cette heureuse localité prouve que les lépidoptères exotiques l'honorent de leur suffrage.

Un certain degré d'enthousiasme à la vue des magnifiques paysages d'Hyères n'est que justice, lorsque l'on songe que ce petit paradis terrestre n'était, il y a une vingtaine d'années, qu'un vaste marais désolé par les fièvres intermittentes. Deux hommes qu'on ne saurait trop proposer comme modèles, M. Louis Aurran le premier, et ensuite M. d'Yvernois, de Genève, entreprirent le dessèchement des marais en détournant la rivière de Roubaud, et depuis cette époque les fièvres ont presque complètement disparu du pays (1). Hyères, en outre, est encore peu connue des malades et des médecins. Nice lui fait une redoutable concurrence, et elle convient en effet mieux aux malades imaginaires et volontaires, c'est-à-dire aux malades qui s'ennuient ; car elle a à leur offrir les joies permanentes des cités populeuses, des édifices bruyants, des hôtels splendides, des spectacles, etc., tandis que la pauvre petite ville d'Hyères, parfaitement insignifiante par elle-même, n'a à offrir que sa délicieuse vallée et les bienfaits d'une vie calme, mais monotone. La ville de Nice pourrait toutefois se plaindre que M. Barth n'use pas d'assez de courtoisie à son égard ; d'abord il n'a pas pris la peine d'y séjourner ; il la juge d'après des observations thermométriques prises en même temps dans les deux localités rivales, il lui reproche le voisinage des Alpes, et enfin il félicite Hyères d'être pays de France.

Hyères, en définitive, est une ville dont le séjour durant l'hiver est convenable pour un grand nombre de maladies. Ce sont toutes les affections que le froid contribue à faire naître, à augmenter et à entretenir, et on sait qu'elles sont nombreuses. M. Barth place en première ligne les catarrhes pulmonaires et les pleurésies chroniques. A l'occasion de cette dernière maladie, il cite le général Cabrera, que la plupart des médecins espagnols avaient considéré comme phthisique. Les symptômes généraux étaient en effet ceux de la phthisie ; mais le stéthoscope de M. Barth, aidé des données de la percussion, ne vit là qu'un reste d'épanchement pleurétique accompagné d'une inflammation chronique des bronches. M. Barth prononça donc un pronostic favorable, et le séjour d'Hyères se chargea de vérifier le pronostic. Hyères convient encore pour l'asthme et l'emphysème du poumon.

---

(1) On appelle témoin reproché celui qui a été, récemment du moins, le commensal de celui qui l'appelle à témoigner en sa faveur. Ce n'est pas un motif d'exclusion, mais c'est un motif de suspicion dont l'avocat de la partie a grand soin de prendre note.

(1) Il serait curieux de savoir si, d'après la loi d'antagonisme entre la phthisie et les fièvres paludéennes établie par M. Boudin, le nombre des phthisiques a augmenté à Hyères depuis que les fièvres n'y sont plus endémiques. M. Barth estime qu'il y a dans le pays environ un phthisique sur dix individus malades.

Mais c'est surtout pour la phthisie pulmonaire que le séjour de cette ville est précieux. Voici comment l'auteur explique l'influence de son climat sur la phthisie : « L'inspiration pendant l'hiver d'un air tempéré suffisamment humide, l'impression d'une chaleur douce, un exercice modéré de presque tous les jours, contribueront certainement d'une manière directe ou indirecte à seconder les efforts de la nature pour la guérison des tubercules, soit en arrêtant le développement de nouvelles granulations, en favorisant la conversion en matière crétacée de celles qui existent, et en facilitant le retrait des excavations déjà formées, soit enfin en prévenant des complications fâcheuses qui hâtent d'ordinaire une terminaison funeste. » Les conditions de ce climat sont également favorables à la guérison des affections chroniques du larynx, de celles du cœur et des gros vaisseaux, du rhumatisme articulaire, des maladies des voies urinaires, de celles de certains systèmes, du lymphatique par exemple. Il est des syphilis qui n'ont pu guérir que traitées à Hyères, au témoignage du docteur Honnoraty. Les caries, les nécroses, s'y amenderont mieux que partout ailleurs.

Hyères enfin a été choisie pour résidence pendant l'hiver par un grand nombre de personnages illustres, parmi lesquels l'auteur cite François de Neuchâteau, Lacépède, Talleyrand, Landré-Beauvais, Macdonald et plusieurs autres.

Hyères se recommande donc comme offrant toutes les conditions hygiéniques désirables pour la guérison de certaines maladies et pour la conservation de la santé. M. Barth ajoute que les hôtels y sont à des prix modérés, ce qui veut dire qu'Hyères n'a pas encore été gâtée. Qu'on se hâte donc de profiter de cet avantage, celui de tous qui disparaîtra le premier aux jours de la prospérité future d'Hyères. Dieu veuille qu'au moins les autres lui restent !

H. C.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Luxation coxo-fémorale spontanée ; guérison par un appareil des plus simples ; observation communiquée par M. le docteur FOUCAUD. — Une jeune femme de 23 ans fut atteinte, dans le courant de l'été, quelque temps après une couche des plus heureuses, d'une affection qui avait tous les caractères d'un rhumatisme aigu fixé dans la région coxo-fémorale.

Au dire de la malade, la cause de cette douleur violente était due à une chute faite à la danse deux à trois jours auparavant. Mais la danse était en plein air : c'était par un beau soir d'été, conséquemment pendant une grande fraîcheur atmosphérique, et le corps en sueur au moment de la chute pouvait bien aussi, par un changement brusque de température, avoir gagné quelque chose d'indépendant de la chute. Rien ne laissait soupçonner le moindre dérangement du côté de l'articulation coxo-fémorale. La fièvre était forte et redoublait vers le soir. Un traitement antiphlogistique complet, secondé d'applications de ventouses sèches sur la région atteinte, faisait, après cinq à six jours de repos au lit, entrevoir sous peu une heureuse issue à cette indisposition ; la langue s'était nettoyée, l'appétit revenait, la marche se reprenait sans trop de mal, quand la plus petite imprudence sembla venir ramener les plus graves accidents.

La douleur recommence dans la hanche droite, et plus forte que jamais. La fièvre revient. Apparaissent tous les caractères spéciaux d'une affection articulaire propre, caractères que jusque-là avaient complètement masqués ceux d'une affection rhumatismale ayant son siége sur les muscles pelvi-fémoraux. Aussi la maladie pouvait bien n'avoir fait que changer de siége.

Quoi qu'il en soit, l'arthritis est soignée convenablement. La fièvre et tous les accidents cessent. La convalescence s'effectue ; mais la malade a le membre pelvien droit de 4 à 5 centimètres plus long que l'autre. Il y a eu luxation coxo-fémorale directement en bas ; cependant la tête du fémur ne semble pas avoir encore dérapé de dessus le rebord cotyloïdien inférieur. Malgré cet état de choses, la malade commençait à marcher, portant au large, la pointe du pied en dehors, ce membre dérangé, quand il vint à la pensée de l'auteur de lui faire fabriquer un appareil à la fois contenteur et releveur, qui pût remplacer sa main, qu'on la voyait appuyer fortement contre le grand trochanter droit pour s'aider à marcher ; appareil qui, en sollicitant sans cesse en haut la tête de l'os de la cuisse, pourrait finir par la replonger dans sa capsule articulaire. On chargea de l'exécution de ce travail un fabricant d'appareils de ce genre, à qui on donna toutes les explications possibles. La pièce est parfaitement confectionnée. Une plaque en fer, matelassée avec soin, appliquée en arrière vers le grand trochanter, tend à la fois à fixer solidement, à ramener en dehors, à entraîner légèrement en haut, la partie supérieure du fémur, au moyen de quatre courroies qui vont par couples se boucler sur la région correspondante opposée, les plus inférieures au-dessus de l'os iliaque du même côté.

Aidée de cet appareil, aussi simple que peu dispendieux, la malade a marché presque sans peine et sans douleur, éprouvant un soulagement général très sensible, et aujourd'hui, vingtième jour de l'action de l'appareil, le membre malade a diminué en longueur de 3 centimètres. Il n'y a presque plus de claudication et le pied a la direction naturelle ; pas la moindre gêne. (*Novembre* 1846.)

—

De l'action des préparations d'or sur notre économie, et plus spécialement sur les organes de la digestion et de la nutrition; par M. le docteur A. LEGRAND. — On sait que l'auteur a déjà préconisé l'emploi des préparations aurifères dans les affections syphilitiques et dans les affections scrofuleuses des os. Il ne s'agit plus dans ce mémoire d'une action en quelque sorte spécifique de l'or contre quelque cachexie, mais tout simplement d'une action tonique générale de ce métal, action que les auteurs anciens avaient déjà signalée, mais qui était depuis tombée dans l'oubli. Arrêtons-nous un peu sur ces témoignages, qui méritent bien la peine d'être pris en considération.

Koevinius Lemnius, qui vivait en 1505, s'exprime ainsi, en parlant de l'or : « Si l'on mêle à la viande cuite des feuilles, des parcelles, des fragments d'or, et qu'on donne ce mélange aux personnes valétudinaires, il est difficile d'exprimer combien il relève les forces vitales. C'est à l'aide de ce moyen que je rétablis les personnes atteintes de marasme, tombées en consomption ou épuisées par l'abus des plaisirs vénériens, et que je leur rends toute leur vigueur primitive. »

Sauvageon, docteur-médecin, définit d'une manière plus explicite les propriétés de l'or dans un vieux TRAITÉ DE CHIMIE, publié à Lyon en 1566. Voici ce qu'il dit d'une poudre qui n'est autre chose qu'un mélange d'or divisé et d'oxyde d'or : « Elle a une vertu cardiaque ; elle corrobore le cœur (l'estomac), avec lequel elle a une occulte sympathie, et ou lui attribue encore celle de provoquer les sueurs, atténuant les humeurs qui obsèdent le cœur (encore pour l'estomac). »

A ces témoignages on pourrait joindre celui de Septalius, célèbre médecin de Milan ; celui même de Lémery. Mais arrivons aux observations de M. Legrand. Il faut noter que, dans les cas qu'il rapporte dans ce mémoire, l'or n'a jamais été administré en vue de combattre un principe morbide quelconque. Toutes ses observations ont d'ailleurs été prises dans sa pratique.

OBS. 1. — Elle est relative à un enfant d'un tempérament lymphatique, ayant quelques dispositions au rachitisme, en proie à des convulsions violentes toutes les fois qu'il lui perçait une dent, et ne marchant point encore à la fin de 1829, quoiqu'il eût alors près de deux ans. L'appétit était presque nul. M. Legrand lui prescrivit 15 centigrammes d'or divisés en douze doses dont il prit une chaque matin à jeun dans un peu de miel. L'appétit se rétablit dès les premières doses, et il était excellent aux dernières. Le teint se ranima et l'enfant commença à marcher. Les parents se refusèrent à continuer l'usage de l'or. Cependant ces 15 centigr. d'or produisirent une impulsion favorable, et, au commencement de janvier 1830, l'enfant marchait parfaitement bien seul ; la dentition s'opérait sans accident.

OBS. 2. — Petite fille de dix-huit mois dans un état d'affaiblissement tel qu'on l'eût prise pour un enfant de six mois, encore fort chétif. Travail de la dentition depuis longtemps suspendu ; appétit nul. Le 8 octobre, M. Legrand prescrit le perchlorure d'or et de soude uni à la poudre d'iris, à la dose d'un trentième de grain (1 milligramme et demi environ), pris dans la première cuillerée de soupe. — Le 27 novembre, l'enfant n'avait encore consommé que 12 milligrammes du sel aurifère ; l'appétit et les fonctions digestives étaient déjà rétablis. Elle avait repris de la force ; les chairs étaient moins molles ; le travail de la dentition commençait. Le sel aurifère fut encore continué six semaines, de sorte que l'enfant en prit 10 centigrammes en tout. Elle n'était plus reconnaissable alors, tant elle était pleine d'embonpoint, de gaîté et de force. Elle avait deux ou trois dents de plus. On cessa l'or. L'impulsion favorable donnée à la constitution se maintint.

OBS. 3. — Enfant d'un an, au teint blafard, aux chairs molles, ne pouvant se soutenir sur ses jambes, ayant un dévoiement continuel, le ventre dur, ballonné, sensible. Les cataplasmes, les bains, une alimentation douce, calment ces derniers symptômes ; mais les selles restent liquides, et l'enfant ne reprend point de forces. — On veut essayer une nourriture substantielle ; mais celle-ci ramène les accidents du côté des voies digestives, qu'il faut de nouveau combattre par les débilitants, qui affaiblissent encore l'enfant. Ce fut dans ces circonstances, le 29 octobre 1829, que M. Legrand prescrivit le perchlorure d'or et de soude aux mêmes doses qu'à l'enfant précédent. Au bout de huit jours il y avait déjà plus d'appétit, plus de gaîté, et les garde-robes étaient mieux liées. L'amélioration fit de continuels progrès. On mit le sel à la dose d'un vingt-huitième de grain. Il parut au bout d'un mois causer un peu de dévoiement. On le suspendit quatre jours, puis on revint à la première dose. A la fin de décembre, l'enfant en avait consommé 125 milligrammes, et il se trouvait alors dans un excellent état de santé, marchait seul. Il se portait encore très bien l'été suivant. Malheureusement il est mort, un an après, de convulsions survenues à la suite d'une chute. (La fin au prochain n°.) (5 *décembre* 1846.)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Réflexions et observations sur un point de l'histoire du cathétérisme ; par M. BÉNIQUÉ. — Le point dont il s'agit dans cet article est relatif aux avantages que peut offrir, selon les diverses indications qu'il s'agit de remplir, un cathéter plus volumineux à son extrémité que dans le reste de sa longueur, régulièrement cylindrique ou de forme conique. M. Béniqué, qui a fait une étude particulière des rétrécissements de l'urèthre, et dont nous avons déjà signalé les travaux, attache une plus grande importance à la forme et au volume de l'instrument qu'on ne le fait communé-

ment. Voici à quelles conclusions il est arrivé sur cette question :

1° Les bougies métalliques d'un petit diamètre, lorsqu'on les emploie pour pratiquer un cathétérisme difficile, principalement dans les cas de rétention d'urine, doivent être plus volumineuses à leur extrémité que dans le reste de leur longueur. Sous cette forme, elles n'exposent pas le malade à plus d'accidents, et ne lui occasionnent pas plus de douleur que les bougies flexibles.

2° La forme régulièrement cylindrique est celle qui convient le mieux aux bougies métalliques appliquées à la dilatation des rétrécissements.

3° Enfin, la forme conique sera réservée pour ces cas d'une simplicité telle que, pour pénétrer dans la vessie, l'opérateur ne puisse rencontrer dans l'urèthre ni résistance ni hésitation. (*Novembre* 1846.)

Extirpation pratiquée avec succès d'une tumeur squirrheuse située dans l'abdomen et adhérente à la fosse iliaque; par M. HEULHARD D'ARCY, chirurgien de l'hôpital de Clamecy (Nièvre). — Le fait suivant est un des plus beaux succès que puisse revendiquer la chirurgie des départements. L'auteur l'attribue modestement, non à son mérite personnel, mais aux conditions hygiéniques, qui sont plus favorables dans les petites localités qu'à Paris. C'est, ajoute-t-il, une consolation pour les hommes qui, sur la scène médicale, n'occupent que le troisième ou quatrième plan, de voir les opérations les plus graves réussir mieux entre leurs mains qu'entre celles de praticiens d'une incontestable supériorité, de ceux qui ont été leurs maîtres et qui restent encore leurs modèles.

OBS. — Vincent (Marie), âgée de vingt-huit ans, demeurant à Andries (Yonne), a eu successivement deux fausses couches, puis une grossesse menée à une heureuse terminaison en juin 1841, et enfin, quinze mois après, une troisième fausse couche, à la suite de laquelle il y eut une inflammation du ventre, qui fut soignée par un médecin du voisinage. Ce fut pendant ses suites de couches, en juin 1841, que cette femme s'aperçut pour la première fois qu'elle portait dans le côté gauche du ventre une tumeur du volume du poing, très dure et située sur le trajet d'une ligne tirée d'une épine iliaque à celle du côté opposé. Cette tumeur prit un accroissement rapide, et lorsque pour la première fois on consulta M. Heulhard, dans les premiers jours de juillet 1843, il la trouva très dure, légèrement bombée, ovoïde, située presque transversalement dans le ventre; cette tumeur, longue de 18 à 20 centimètres, large et haute de 12 à 13, était, par sa petite extrémité, adhérente à l'os des iles, au-dessous de l'épine supérieure. Pour abréger, nous omettons les raisons qui portèrent l'auteur à penser qu'il avait affaire à un squirrhe développé dans l'épaisseur des parois du ventre, entre les muscles réduits à l'état membraneux et le péritoine.

L'hésitation que M. Heulhard éprouvait à tenter une opération des plus hardies fut vaincue par les conseils de deux confrères intelligents, MM. Rocloos de Lormes et Tournier de Druyes, qui lui prêtèrent leur assistance pour l'ablation de la tumeur, le 14 juillet 1843. Deux incisions semi-elliptiques, partant d'un point situé à 6 centimètres de la ligne blanche et du pubis, vinrent, en circonscrivant la tumeur, se réunir un peu en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure..... Après avoir lié deux branches artérielles, l'épigastrique et un rameau de la mammaire, l'opérateur pénétra partout dans la cavité du ventre, attira la tumeur en avant et en dehors, et, pendant que MM. Rocloos et Tournier maintenaient la masse des intestins qui se présentait à travers cette vaste plaie, il détacha aussi complètement qu'il lui fut possible cet énorme squirrhe de la fosse iliaque, à laquelle il adhérait par une surface de 5 à 6 centimètres carrés. On remit à quelques jours de là la cautérisation de quelques parties suspectes qui avaient échappé au bistouri, l'état d'affaiblissement de la malade exigeant un prompt pansement. Les lèvres de la plaie furent réunies par la suture enchevillée. La malade se ranima au bout de vingt minutes.

La tumeur pesait un peu plus de 4 kilogrammes; son tissu était homogène, blanc, lardacé.

Inutile de décrire les phases de la cicatrisation qui s'opéra sans le moindre accident. Le 2 septembre, la malade était rétablie; la cicatrisation était presque complète; le 24, elle l'était tout-à-fait. « Le 3 octobre, dit l'auteur, Marie Vincent est grasse, fraîche; je la rencontre dans un pays distant du sien d'environ 3 kilomètres; elle y est venue à pied. » Le 7 novembre suivant, il trouve la cicatrice solide, résistante et maintenant parfaitement l'intestin; il n'existe aucune dureté qui fasse craindre la récidive. La malade marche très droite. Enfin, le 23 décembre 1845, vingt-neuf mois après l'opération, Marie Vincent est aussi bien que si elle n'eût jamais éprouvé aucun mal. (*Ibid.*)

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

De la douche et des affusions d'eau froide dans le traitement des aliénations mentales; par le professeur Hippolyte RECH, médecin en chef de l'asile public des aliénés. — La douche est, comme le dit l'auteur, un de ces remèdes privilégiés que l'on a préconisés de toute antiquité, mais un de ceux aussi dont on a le moins précisé les indications et déterminé les effets. C'est une fâcheuse lacune que le professeur de Montpellier est mieux à même que tout autre de combler.

M. Rech s'est servi pour ses expériences, qu'il a faites d'une manière suivie, de trois appareils différant par la force de la douche. La température de la douche, à laquelle les médecins font, en général, peu d'attention, en

mérite cependant beaucoup. Il est des aliénés qui résistent à une douche de 30 à 40° centigrades, et qui cèdent à celle de 11 à 12° et moins. La durée de la douche est ordinairement très courte. M. Rech a l'habitude de l'interrompre de temps en temps pour laisser à l'aliéné la faculté de respirer. Dans ce cas il la prolonge jusqu'à dix minutes.

Quelques médecins, dit M. Rech, se sont récriés il y a peu d'années avec beaucoup de force contre la douche, prétendant que c'est un moyen barbare; d'autres, au contraire, l'ont vantée comme un moyen curatif presque infaillible. Suivant M. Rech, ils ont raison les uns et les autres. Il rapporte des observations qui prouvent que la douche ordonnée avec intelligence est un moyen très puissant, et il en rapporte aussi deux qui montrent quelles suites graves elle peut avoir.

Obs. I.—Un aliéné de la ville était sujet à des hallucinations qui le terrifiaient tellement qu'il poussait des cris de possédé, frappait contre les portes et les fenêtres, et privait de sommeil toutes les personnes du voisinage. Le médecin fut appelé pendant un accès plus violent que les autres. Il fallut livrer un assaut dans les formes contre l'aliéné qui défendait la porte, et ce ne fut qu'après des efforts inouïs qu'on parvint à s'emparer de sa personne et à le contenir de manière à lui administrer la douche que le médecin prescrivait. La colonne d'eau était faible, la douche ne dura pas deux minutes, et néanmoins l'aliéné tomba tout-à-coup dans un profond silence; il pâlit; sa tête se pencha sur sa poitrine; il était mort. Lorsque le lendemain on fit l'ouverture du cadavre, on ne trouva absolument aucune altération qui pût expliquer la folie ni la mort.

Obs. II.—Un aliéné habitué à se porter à des actes de violence envers les autres aliénés, que la douche seule pouvait réprimer, y fut condamné un jour pour un grave méfait de ce genre. On l'y conduisit donc, et comme il se doutait qu'on ne l'épargnerait guère, il se débattit et poussa des cris non interrompus. La douche durait depuis trois ou quatre minutes lorsque les cris cessèrent tout-à-coup; les yeux s'étaient fermés, la pâleur s'était répandue sur le visage et sur tout le corps, le pouls ne battait plus, il y avait lipothymie. Des réactifs furent employés tout aussitôt: de l'eau presque bouillante fut appliquée sur les extrémités; on fit des frictions rudes sur tout le corps; un flacon d'ammoniaque fut placé sous le nez et la respiration se rétablit. Quelques minutes plus tard, l'aliéné avait repris son état normal.

Il est probable, suivant M. Rech, que les efforts prodigieux que l'aliéné avait faits pendant sa longue résistance avaient déjà diminué sa force d'innervation, que ses cris si violents et si longtemps répétés avaient provoqué un commencement d'asphyxie, et que dès lors il suffit qu'un obstacle momentané empêchât l'introduction de l'air dans la poitrine pour qu'il survînt une suffocation mortelle.

La seconde observation, qui prouve que la douche est un moyen dangereux, a été recueillie dans le service de l'hôpital des aliénés.

M. Rech ne met nullement en doute que la douche eût causé la mort s'il n'avait à l'instant mis en œuvre les moyens les plus puissants pour provoquer une réaction. Il a vu plusieurs fois la douche causer chez les aliénés un commencement de défaillance, et toujours alors ils n'avaient cessé de pousser des cris pendant qu'ils la recevaient. Il est probable que dans ces cas l'eau était entrée dans la bouche et avait provoqué un resserrement spasmodique du larynx, peut-être aussi de la trachée-artère et des bronches. Un resserrement de ce genre peut bien, dit-il, avoir contribué à la mort du sujet de la 1re observation et à la lipothymie du sujet de la 2e.

A part ses dangers, la douche est pour beaucoup d'aliénés une source de sensations les plus douloureuses, un supplice affreux, puisqu'on en voit la redouter au point de se soumettre aux privations les plus dures, aux travaux les plus fatigants, aux aveux les plus humiliants dans leur esprit, plutôt que de se la laisser infliger. On voit même ceux qui lui doivent leur guérison en conserver un souvenir pénible, frémir lorsqu'on prononce ce seul mot. Voilà ce qui a porté des médecins, des hommes politiques, à proscrire absolument la douche; mais là, dit M. Rech, est l'exagération. L'émétique, l'opium, ont aussi leurs dangers, et cependant ils sont des moyens de salut entre des mains habiles. Il en sera de même de la douche lorsque les médecins seuls auront le droit de l'administrer. « Pour moi, dit M. Rech, je la prescris souvent; je lui dois d'importantes guérisons, et sans elle je ne connaîtrais pas la possibilité de maintenir l'ordre dans un asile d'aliénés. »

La longueur et l'importance du mémoire de M. Rech nous obligent à renvoyer au prochain numéro l'analyse de la partie de ce travail qui concerne les avantages de la douche.

(*Novembre* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Note sur le cathétérisme utérin appliqué au diagnostic et au traitement des maladies de la matrice; par M. le professeur Simpson, d'Édimbourg (traduit par M. A. Bouchacourt, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon).

Le peu de rapport qui existe entre les symptômes fonctionnels et les lésions anatomiques, dans les maladies de l'utérus, est un fait généralement reconnu. L'examen physique de l'organe est conséquemment nécessaire pour établir, dans beaucoup de cas douteux, un diagnostic différentiel entre ses différents états morbides. Mais l'exploration locale de la matrice, pratiquée comme elle l'a été jusqu'à

ce jour, avec le doigt ou le speculum, ou tous deux à la fois, permet rarement d'apprécier l'état organique d'une portion supérieure au col utérin. Le corps et le fond de l'utérus sont généralement considérés comme entièrement hors de notre portée quant à ce qui regarde leur cavité, et l'appréciation de leurs maladies devient dès lors extrêmement obscure. Pour surmonter ces difficultés et d'autres qui peuvent se présenter dans le diagnostic des maladies de l'utérus, l'auteur s'est servi depuis quelque temps d'une sonde on bougie utérine *métroscope*, qu'il introduisit dans sa cavité. Cet instrument a la forme d'un cathéter mince d'homme, fait d'argent solide, pouvant se courber en divers sens, suivant l'indication, renflé à son extrémité et gradué sur sa tige. Introduite dans la cavité utérine, la sonde *métroscope* augmente considérablement la facilité d'examiner par le toucher l'état de l'utérus, en rendant son axe ferme et résistant, en permettant de changer la position de l'organe, de porter ses diverses parties, et plus particulièrement le corps et le fond, à la portée du toucher hypogastrique, rectal et vaginal.

Dans les cas de tumeurs pelvienne ou hypogastrique, on peut, à l'aide de ce procédé, reconnaître leur connexion avec l'utérus, ou leur indépendance de cet organe; dans d'autres cas, il permet d'apprécier la longueur de la cavité utérine, quelques-uns des états morbides de la muqueuse qui la tapisse, et même de ses parois.

La bougie utérine, et ce n'est pas la moins importante de ses applications, en indiquant la direction de la cavité de l'organe et conséquemment de l'organe lui-même, fournit un moyen simple de diagnostiquer avec exactitude les déplacements de l'utérus à l'état de vacuité, connus sous les noms de rétroversion et rétroflexion, d'antéversion et antéflexion : maladies fort communes, prises souvent dans la pratique pour des tumeurs fibreuses, carcinomateuses et autres, situées soit dans les parois de la matrice elle-même, soit entre elle et le rectum en arrière, entre elle et la vessie en avant.

Non-seulement la sonde métroscope constitue un moyen précieux de diagnostic, mais elle peut devenir entre des mains habiles et prudentes une ressource de thérapeutique. Ainsi, dans les cas de rétroflexion et d'antéversion à l'état de vacuité, la matrice peut être rendue avec assez de facilité, et temporairement au moins, à sa position et à ses rapports normaux. On peut maintenir et fixer la bougie dans la cavité utérine pendant quelque temps, comme moyen mécanique de guérison. Dans ce but, M. Simpson a fait construire un certain nombre de pessaires utérins, en nickel et fil d'argent. Ils ont pu être portés pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois dans la cavité utérine, en ne déterminant au début de leur séjour qu'une très légère irritation.

Voyant que la cavité utérine pouvait ainsi supporter d'une manière permanente la présence de corps étrangers, il a songé, dans les cas graves de procidence de l'utérus, à joindre à la tige ordinaire des pessaires en bilboquet une courte tige centrale, passant dans la cavité du col, de manière à fixer l'organe soutenu par la cuvette de l'instrument. Il a réussi, dans un cas de procidence utérine portée très loin, à maintenir la matrice replacée avec un pessaire très mince construit d'après ces principes.

Tout récemment M. Simpson a appliqué l'azotate d'argent sur la membrane interne de la cavité de l'utérus, dans des cas de leucorrhée et de dysménorrhée, liées à un état de sensibilité morbide de cette membrane, qu'il reconnaissait à l'aide de la bougie. Il a obtenu le même résultat dans des cas de métrite interne subaiguë, avec productions pseudo-membraneuses. L'expérience lui a démontré tout à la fois l'application facile de ce traitement, et son heureux résultat dans plusieurs cas de maladie utérine presque toujours incurables par les méthodes ordinaires.

(*Novembre* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Sur l'utilité de la cochenille contre la coqueluche; par le docteur ZIMMERMANN, de Ottweyler (Prusse rhénane). — Ce médicament, sur lequel nous avons à deux reprises appelé l'attention de nos lecteurs, continue d'être expérimenté avec avantage en Belgique et en Allemagne. Il ne l'est cependant pas encore depuis assez longtemps pour que l'on sache s'il convient à telle forme plutôt qu'à telle autre. Ce n'est encore qu'un remède purement empirique, mais qui paraît avoir obtenu des succès à toutes les périodes de la maladie, toutes les fois que la coqueluche n'était pas accompagnée de symptômes graves.

A l'exemple des docteurs Dieudonné et Biver, l'auteur a donc prescrit la cochenille sans aucune indication précise, et néanmoins il a obtenu avec elle des résultats plus prompts, même dans les cas les plus simples, que l'on n'en avait obtenu jusqu'à ce jour des méthodes les plus recommandées.

M. Zimmermann n'a encore donné la cochenille qu'associée avec la crème de tartre ou le carbonate de potasse. Voici d'ailleurs sa formule :

Pr. cochenille	10 grains (50 centig.)
Carb. de potasse ou crème de tartre	1 scrupule (1 gramm. 25 centigr.)
Faites dissoudre dans eau chaude	6 onces (120 gramm.).
M. D. S. A.	

On ne voit aucun sirop mentionné dans cette formule; c'est que, selon l'auteur, la cochenille est un médicament d'un goût agréable. La dose est une cuillerée à thé trois fois par jour. « Je puis assurer, dit M. Zimmermann, que la cochenille a parfaitement réussi dans les cas qui avaient résisté à l'opium, à l'a-

cétate de plomb, à la teinture de cantharides, à la ciguë, à la belladone, à l'extrait de ciguë vireuse, à l'émétique, à l'eau de laurier-cerise, à l'acide hydrocyanique. »

La préparation ci-dessus indiquée n'a été renouvelée que deux fois au plus, la première potion ayant réussi dans presque tous les cas à abattre la coqueluche. Il n'a point eu occasion d'observer les symptômes d'empoisonnement mentionnés par M. Biver ; au moins n'a-t-il pas cru devoir considérer comme telles de légères stranguries ; jamais il n'a vu celle-ci accompagnée d'hématurie, même lorsqu'il portait la dose de la cochenille à 20 grains. Toutefois, comme on a signalé des accidents du côté de la vessie lorsque les doses étaient un peu fortes, M. Zimmermann se promet d'user d'un peu plus de précautions dans les cas ultérieurs.

M. le docteur Dieudonné administre la cochenille d'une manière sensiblement différente de celle du docteur Zimmermann. Voici sa formule :

Cochenille	15 à 20 grains (75 centig. à 1 gramme)
Carbonate de potasse	10 à 15 grains (50 à 75 centig.)
Eau bouillante	3 onces (90 grammes)
Sirop de fleurs d'oranger	1 once (30 grammes).

Le journal n'indique pas le mode d'administration ; s'il est le même que celui de M. Zimmermann (3 cuillerées à thé par jour), la dose de cochenille est plus considérable.

(*Novembre* 1846.)

Revue des journaux allemands.

OPPENHEIM'S ZEITSCHRIFT.

Sur les rapports qui existent entre la fièvre intermittente et la phthisie pulmonaire; par le docteur A. ALEXANDER, d'Altona. — L'auteur n'est nullement favorable à la thèse soutenue par M. Boudin sur le prétendu antagonisme qui existerait entre la fièvre intermittente et la phthisie. Il cite, à cet égard, des faits qui contredisent formellement cette opinion. La question qui s'agite ici n'est pas une de celles qui font le plus de bruit ; cependant elle est à l'ordre du jour depuis quelques années, et il serait à désirer qu'elle fût résolue. Nous allons rapporter les arguments du docteur Alexander, qui ôtent aux malheureux phthisiques le reste d'espoir que leur offrait le docteur Boudin. Nous désirons avoir l'occasion d'en citer de favorables à ce dernier.

M. Alexander dit qu'à Naples les fièvres et la phthisie sont également inconnues. Nous croyons que l'auteur se trompe, au moins relativement à cette dernière affection. L'existence d'un hôpital pour les phthisiques prouve que les tubercules pulmonaires y sont parfaitement bien connus. Il y a des fièvres intermittentes à Nice ; mais, dit l'auteur, on sait maintenant que ce n'est point un climat favorable aux phthisiques. Madère et les îles Açores, qui ont une grande réputation de salubrité pour la phthisie, ne sont point sujettes aux fièvres intermittentes. D'un autre côté, on voit sévir à la fois les fièvres et la phthisie dans diverses localités du Pérou, du Chili et de la Nouvelle-Hollande. Au Pérou, la malaria a si peu la réputation de guérir ou pallier la phthisie qu'on proscrit aux individus atteints de cette dernière affection le séjour des lieux où les fièvres intermittentes dominent et qu'on les envoie à Lima.

A ces données générales M. Alexander joint celles que fournit la statistique. M. Scott, dit-il, n'a observé aucun cas de fièvre périodique à Hobart-Town, et cependant, sur 290 malades qu'il y soigna, il n'y avait qu'un phthisique. Aux îles Ioniennes, où il n'y a point de fiévreux, il y a 1 phthisique seulement sur 249 malades ; à Gibraltar, 1 sur 148.

D'autres lieux sont, au contraire, désolés par les deux affections. Au Brésil, 1/5 de la population meurt phthisique, à New-York 1/6. A l'hôpital de la marine de Rio-Janeiro, on a vu les phthisiques former le tiers de la population malade.

A ces résultats statistiques l'auteur en ajoute quelques autres que nous négligeons pour éviter la transcription d'une sèche colonne de chiffres. Ce que nous avons rapporté du mémoire de M. Alexander prouve que la question est encore loin d'être vidée.

—

Du traitement de l'éclampsie des nouvelles accouchées; par le docteur LANDSBERG. — Il n'y a rien de bien nouveau dans ce que dit l'auteur. Il opine avec la majorité des auteurs contre toute tentative pour terminer artificiellement l'accouchement. On ne fait qu'exciter par-là le développement des symptômes nerveux, tandis que la nature se suffit, d'ordinaire, à elle-même au bout de quelques accès pour expulser l'enfant. Il n'y a qu'un cas dans lequel il faut intervenir activement : c'est lorsque l'éclampsie dépend de la pression de la tête sur les nerfs sacrés. On doit alors extraire le fœtus avec le forceps.

Quant au traitement des accidents en eux-mêmes, l'auteur recommande qu'il soit tout antiphlogistique, malgré les symptômes de faiblesse apparente. Il regarde les antispasmodiques comme inutiles, et les opiacés comme nuisibles.

NEDERLANDSCH LANCET.

Observation d'iritis intermittente; par le docteur SNABILIÉ, premier officier de santé de l'armée hollandaise. — Dans notre numéro de novembre dernier, nous avons rapporté un cas d'ophthalmie intermittente quotidienne. Dans celui de février, nous avons analysé une note de M. Tavignot, dans laquelle il déclare ne pas admettre d'ophthalmies intermittentes. Afin

que les praticiens puissent juger d'après les pièces du procès, nous extrayons des *Annales d'oculistique* (novembre 1846) l'analyse d'un cas d'ophthalmie interne grave, considérée avec quelque raison comme intermittente. Mais nous serons obligés d'abréger encore les détails de cette observation, déjà abrégée sur l'original hollandais par M. Van Stenkiste, de Bruges.

Le sujet de cette observation est un homme de trente-cinq à trente-six ans, premier lieutenant au 9e régiment d'infanterie, lequel n'avait jamais été atteint d'affections soit rhumatismales, soit syphilitiques, mais qui avait longtemps souffert de la fièvre intermittente.

A son arrivée à Breda, le 25 août 1838, il offrit les symptômes suivants: injection des conjonctives et des sclérotiques, entourant les cornées d'un cercle, photophobie et larmoiement considérables; sensation de plénitude et de douleur dans les yeux avec confusion et diminution de la vision; iris de couleur grisâtre, pupilles très contractées; paupières très tuméfiées et douloureuses au toucher. Quelques jours auparavant, il avait été pris aussi d'accès irréguliers de fièvre intermittente. Les premiers symptômes d'inflammation des yeux dataient du 15 août.

Un traitement antiphlogistique énergique, suivi de l'emploi de la belladone en topique, diminua l'intensité des symptômes et permit de reconnaître les signes de l'iritis. Les iris avaient changé de couleur et étaient devenus gris-brun foncé; la maladie avait revêtu un caractère intermittent spécial. Le matin, vers dix heures, les symptômes ci-dessus mentionnés étaient à leur summum: ils consistaient principalement en des picotements et des battements insupportables dans les deux globes oculaires, un larmoiement considérable, photophobie et vue confuse; céphalalgie, soif, etc., marchant de concert avec une réaction générale manifeste. Ces symptômes diminuaient insensiblement vers quatre ou cinq heures, et finissaient par une sueur bienfaisante, laissant seulement subsister de légers maux de tête, une rougeur et de légers picotements des yeux, sans empêcher néanmoins la vision.

M. Snabilié n'hésita pas à reconnaître dans cet ensemble de symptômes une iritis de nature intermittente. Il la traita par le sulfate de quinine uni à l'opium dans les proportions suivantes:

Sulfate de quinine,	12 grains.
Poudre d'opium,	4 id.
Sucre blanc,	2 id.

F. S. A. une poudre et divisez en douze paquets. A prendre toutes les heures une poudre.

Le lendemain, on ne remarqua aucun changement, et la réapparition des symptômes eut lieu à la même heure; toutefois, les douleurs oculaires offraient moins d'intensité. On continua l'usage des poudres, et, comme le malade n'avait pas eu de selles depuis deux jours, on administra un lavement laxatif.

Le 6 septembre, il y avait une amélioration notable; les douleurs de l'accès étaient beaucoup diminuées; le sulfate de quinine fut donné sans addition d'opium; on prescrivit en outre l'instillation du collyre de Conradi trois fois par jour.

L'usage du sulfate de quinine fut encore continué pendant quatre jours, à la dose d'un grain toutes les deux heures. Le 12 septembre, l'état du malade était très satisfaisant. Les paroxysmes cessèrent tout-à-fait; le malade cessa d'avoir la vision interceptée par un brouillard; il n'y avait plus aucune altération des cornées transparentes, des iris ni des pupilles; les iris se contractaient d'une manière normale. Il n'y avait plus qu'une légère injection vasculaire de la muqueuse palpébrale. On se borna dès lors à la continuation du collyre de Conradi, et à des frictions sur les parties externes des paupières avec l'onguent ophthalmique rouge laudanisé.

Ce malade a été tenu en observation au delà de quatorze jours; il n'y eut pas de rechute. M. Snabilié a, dans la suite, rencontré cet officier, entre autres fois en 1844; il avait toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais plus senti d'accès de fièvre intermittente, ni aucun nouveau symptôme d'iritis. La vision était restée bonne.

Revue des journaux italiens.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Des maladies de l'oreille considérées dans leurs rapports avec l'encéphale et les méninges; par M. SILVANO. — Ce travail est fondé sur trois observations. La suivante prouve, en faveur de l'opinion de M. Lallemand contre Itard, qu'il n'est pas besoin d'une perforation du rocher pour qu'une otite purulente donne lieu à une inflammation avec suppuration de la surface des méninges.

Un homme âgé de 50 ans consulta l'auteur pour un écoulement purulent de l'oreille droite. L'apparition en avait été précédée de vives douleurs; le malade jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. M. Silvano lui conseilla de s'en tenir aux soins de propreté, de coucher sur le côté malade pour favoriser la sortie du pus, et de suivre un régime restaurant mais non excitant. Quelques jours après, le malade éprouva des douleurs aiguës, bientôt suivies de fièvre et de diminution de l'écoulement des oreilles. Ces symptômes furent combattus par la saignée, les fomentations émollientes et autres moyens antiphlogistiques. Ils persistèrent néanmoins; et comme le sang de la saignée était couenneux, on en fit une seconde le lendemain. Celle-ci calma les douleurs, et le flux purulent ne reparut plus; mais les douleurs ne tardèrent pas à revenir et s'étendirent alors

à toute la tête. Comme on avait déjà tiré assez de sang pour un individu d'une constitution débile, on se borna à l'emploi des révulsifs. On vit bientôt apparaître les signes d'une affection des méninges, stupeur, parole lente, affaissement du pouls, etc. Ces symptômes s'aggravèrent pendant deux jours et se compliquèrent de paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure gauche et d'aphonie. Le malade resta jusqu'à la mort dans un état de stupeur complète.

Autopsie. — Le système veineux du cerveau est gorgé de sang ; le cerveau et ses enveloppes sont ramollis dans les parties contiguës au rocher de l'un et de l'autre côté ; on dirait ces organes en état de macération, tandis que les méninges adhèrent fortement au crâne dans leur partie supérieure. On trouve des traces de pus dans la portion de l'encéphale qui avoisine les rochers, bien que ceux-ci ne soient pas perforés. On en trouve aussi dans la cavité tympanique du rocher du côté droit ; la membrane est presque entièrement détruite. Le cerveau est généralement ramolli. Les ventricules latéraux contiennent une quantité considérable de sérosité limpide.

On trouve dans le péritoine des granulations, des fausses membranes et de l'injection. La surface interne de l'intestin est aussi injectée par places. Beaucoup de ganglions mésentériques ont subi une sorte de dégénération athéromateuse et offrent le volume d'une orange ordinaire. Le foie est atrophié.

IL FILIATRE SEBEZIO.

Notice sur un spécifique antigoutteux; par M. AGOSTINACCHIO. — D'après les renseignements recueillis par l'auteur de cette notice, le spécifique en question aurait une origine très ancienne et toute française d'ailleurs. Ainsi, il aurait été transmis à Cirillo par un riche Anglais, qui lui-même apportait la recette de Montpellier. Quoi qu'il en soit, voici cette formule, qui a été longtemps tenue secrète dans les officines de quelques couvents d'Italie :

On prend 180 grammes de *teucrum pollium*, autant d'*ajuga iva*, autant d'*artemisia vulgaris*, et on les fait infuser pendant vingt-quatre heures dans 10 kilogrammes et demi d'eau. On fait ensuite bouillir le tout à feu lent dans un pot de terre verni, jusqu'à réduction du tiers ou de la moitié. On passe avec expression et l'on ajoute à la décoction 3 kilogrammes de térébenthine de Venise. On fait ensuite de nouveau bouillir jusqu'à réduction d'un tiers ou de la moitié. On enlève le vase du feu ; on laisse refroidir et on en tire toute l'eau. Ce qui reste alors est conservé pour l'usage dans un pot de terre verni en dehors et en dedans.

Le goutteux doit prendre tous les matins, avant de manger, un bol de cette masse, du poids de 4 gr., boire par-dessus un verre d'eau fraîche et continuer ainsi toute sa vie. Il sera bon, pour renforcer l'effet de cette médication, qu'à l'époque des équinoxes et des solstices il se mette pendant une vingtaine de jours à l'usage quotidien de 2 grammes de salsepareille en poudre, sans discontinuer pour cela celui des bols. Il est à peine besoin de dire que le malade observera la plus stricte tempérance. Il s'abstiendra de faire excès d'huile, de vin, de spiritueux, d'aromates et de condiments, de chocolat, de café, de viandes et de poissons salés. Il suivra un régime aussi peu azoté que possible.

S'il y a de la constipation, on purge et de préférence avec les purgatifs salins.

Ce médicament est en grande vogue à Naples comme remède populaire. M. Agostinacchio n'affirme pas toutefois qu'il guérisse toujours ni radicalement. Mais il jouit, dans la plupart des cas, d'une efficacité incontestable en éloignant le retour des accès et en les soulageant. Dans quelques cas aussi, que l'auteur cite, il a procuré une guérison complète. (*Mai* 1846.)

Revue des journaux anglais et américains.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Observations pratiques sur diverses formes de dyspepsie; par M. Robert DICK. — L'auteur a publié sur ce sujet intéressant une longue suite d'articles qui, réunis ensemble, constituent une monographie complète de la dyspepsie, féconde en vues neuves et éminemment pratiques, mais qui, malheureusement, se prête peu à une analyse abrégée. Nous nous bornerons à en signaler les points les plus importants à l'attention des praticiens.

M. Dick reconnaît deux formes principales de dyspepsie chronique par débilité musculaire, et ces deux formes sont en effet fondées sur l'observation. Dans l'une, dit-il, il y a faiblesse soudaine, mais passagère ; cette défaillance arrive quelquefois pendant le jour ; mais elle est plus fréquente le soir, lorsque le malade vient de prendre le thé, pendant la promenade ou le travail du cabinet. M. Dick fait consister la seconde espèce dans une langueur permanente, un défaut d'aptitude physique ou intellectuelle, un rapide épuisement des forces sous l'influence d'une excitation quelconque. Dans la première de ces formes, les malades, en général, mangent et digèrent bien ; mais ils sont sujets à des flatuosités et à de la constipation, les deux symptômes caractéristiques de ce que les pathologistes anglais appellent état d'inertie du tube digestif.

Le pouls des dyspepsiques offre un caractère particulier de raideur, de tension (*tightness*), qui se retrouve aussi dans quelques autres maladies purement fonctionnelles, mais qui frisent l'état inflammatoire. Ils se plaignent quelquefois de malaise à la région précordiale.

Chez la plupart des malades, la constipation a lieu par inertie intestinale. M. Dick admet,

toutefois, une autre forme de constipation de nature tout opposée ; car elle tiendrait, au contraire, à un excès d'activité du tube digestif qui enlèverait aux aliments tous leurs principes nutritifs et ne laisserait qu'un résidu très petit et très dur. Cette variété de constipation est compatible avec la santé la plus florissante.

M. Dick a étudié d'une manière plus spéciale qu'on ne l'avait fait avant lui l'influence des troubles digestifs sur les principaux viscères, le cœur, le poumon, le cerveau. Cette influence est, selon lui, purement mécanique. Ainsi, une distension trop grande de l'estomac par des gaz ou des matières solides peut gêner la circulation centrale, soit en pressant le cœur de bas en haut, soit en s'opposant à l'abaissement du diaphragme, soit en comprimant l'aorte. Nous pensons, toutefois, qu'il y aurait quelque exagération à croire, avec l'auteur, que la distension habituelle de l'estomac puisse amener à la longue l'hypertrophie du cœur et un anévrysme de l'aorte. Cette opinion aurait d'ailleurs besoin d'être appuyée sur des faits. Mais, pour être plus bornée que ne le prétend M. Dick, l'influence de la dyspepsie sur la circulation et la respiration n'en est pas moins réelle.

L'auteur diffère de la plupart des pathologistes dans l'explication qu'il donne des troubles encéphaliques consécutifs aux affections des organes digestifs. Il croit que, bien loin d'être dû à une congestion sanguine du cerveau, l'assoupissement léger qui suit une digestion pénible l'est, au contraire, à un appel trop considérable du sang vers l'estomac, les intestins, le foie, et cela aux dépens du cerveau ; ainsi il y aurait anémie de ce dernier organe. Ici, comme pour les phénomènes circulatoires et respiratoires, M. Dick nous paraît faire trop grande la part des influences mécaniques et trop petite celle des sympathies.

Dans la thérapeutique des dyspepsies, M. Dick recommande de ne donner les médicaments qu'à petites doses, mais de les continuer longtemps, de ne pas les abandonner de sitôt lorsqu'on les voit produire une amélioration même très considérable, enfin d'éviter surtout les moyens débilitants. (*Avril* 1846.)

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Du sanicle du Maryland contre la chorée ; par le docteur ZABRISKII, M. D. — Le sanicle du Maryland est, comme celui d'Europe, une ombellifère croissant dans les terrains marécageux et ombragés. La racine en est la partie la plus active. L'alcool en dissout quelque peu les principes ; mais le meilleur mode d'administration est l'emploi pur et simple de la racine desséchée. C'est d'ailleurs un excellent tonique et un remède populaire contre la fièvre intermittente.

OBS. I. — Une petite fille de huit ans fut prise, en mai 1837, de mouvements involontaires dans différentes parties du corps. Ses mains étaient constamment en mouvement ; elle avait des clignotements spasmodiques des yeux et une agitation générale. Ces symptômes s'aggravèrent progressivement ; la marche devint incertaine et mal assurée. Après avoir inutilement employé diverses médications, l'auteur lui administra trois fois par jour un demi-gros de poudre de sanicle mêlée avec de l'eau. L'effet de ce remède fut des plus marqués : les progrès de la maladie s'arrêtèrent tout-à-coup. Au bout de trois jours il y avait déjà une amélioration très sensible, et en deux mois la guérison fut complète.

OBS. II. — E. W., âgée de huit ans, était en proie aux symptômes les plus alarmants de la chorée. Les cathartiques, les opiacés et les toniques ayant été sans effet, l'auteur mit l'enfant à l'usage du sanicle. Mais comme il n'avait pas de racine sèche, il eut recours à une décoction réduite en consistance sirupeuse. La maladie cessa de s'accroître, mais ne s'amenda pas. Au bout de huit jours, on employa la poudre sèche et le résultat avantageux fut immédiat. La guérison ne se fit pas longtemps attendre. On voit par-là que l'eau bouillante ne dissout pas tout le principe actif de la plante. Peut-être ce dernier consiste-t-il en une huile essentielle qui se dissipe à la chaleur de l'eau bouillante.

OBS. III. — Une demoiselle de seize ans éprouva, en 1840, des symptômes de chorée qui allèrent en s'accroissant. Elle avait des mouvements spasmodiques des muscles de la face et des yeux, et une grande disposition à mouvoir involontairement les mains, quoiqu'elle pût dominer ces mouvements par un effort puissant de sa volonté. Elle était constamment agitée. Les règles venaient bien. On lui donna une once de poudre de racine de sanicle qui arrêta les progrès du mal et ne tarda pas à en procurer la guérison. C'était là une chorée à son début.

OBS. IV. — Une demoiselle de onze ans était sujette depuis un an à des attaques de chorée. Les mouvements des mains étaient des plus désordonnés, au point de l'empêcher de porter un verre à sa bouche ; quelquefois elle ne pouvait marcher. Quoique la maladie fût continue, il y avait quelque rémission dans la violence des symptômes. Plusieurs médecins distingués prescrivirent des traitements divers qui restèrent sans effet. L'auteur lui administra alors trois fois par jour une cuillerée à thé de poudre de sanicle. Les symptômes les plus incommodes se dissipèrent bientôt. Toutefois la maladie ne disparut que fort lentement et sous l'influence d'un traitement tonique. (*Octobre* 1846.)

Sur un nouveau remède (l'ambrosia trifida) contre la salivation mercurielle ; par M. W. ROBERTSON, M. D. de Harrodsburgh. —

L'auteur dit que depuis quarante ans qu'il exerce la médecine il n'a pas rencontré un seul agent thérapeutique de quelque valeur contre la salivation, jusqu'à ce que le hasard lui ait fait découvrir l'efficacité d'une des plantes les plus communes de son pays contre l'affection rebelle dont il s'agit ici.

La plante en question abonde dans les fermes du Kentucky et y est connue sous les noms populaires d'*herbe au cheval* (horse weed), de *menthe sauvage* (horse mint), et autres qui n'ont pas d'équivalents dans notre langue. Les fermiers l'emploient avec le plus grand succès contre la salivation du cheval qu'elle arrête en peu d'heures. Le docteur Robertson venant à passer, il y a deux ans, dans un champ qui en était couvert, cette circonstance lui revint à l'esprit, et il se promit d'essayer sur l'homme un remède si efficace dans l'espèce chevaline. Le succès dépassa ses espérances.

Il y a un mois, il fut appelé à visiter une femme enceinte de huit mois, chez laquelle l'administration du colomel venait de produire une salivation mercurielle des plus intenses et dont il est inutile de donner ici les détails; il s'agit, d'ailleurs, d'une salivation mercurielle simple et à son début. L'auteur envoya chercher dans un champ voisin une poignée de feuilles vertes de l'*ambrosia trifida*. Il la fit infuser dans une pinte environ d'eau bouillante. La malade dut ensuite s'en laver la bouche et la gorge toutes les demi-heures. On ne lui fit pas prendre autre chose que ces paquets effervescents connus sous le nom de *soda-powders*.

L'auteur, qui demeurait à cinq milles de là, resta six heures auprès de la malade. Dans cet intervalle de temps, la bouche et la gorge se débarrassèrent de leur enduit visqueux; les nausées et les vomissements cessèrent tout-à-fait; la malade put manger avec plaisir. Le jour suivant elle se trouva encore mieux, et le troisième il ne restait plus aucune trace de la salivation.

Un ministre de l'Evangile prit froid en se baignant et eut ensuite mal à la tête et à la gorge. L'auteur, après l'avoir saigné, lui prescrivit quelques pilules contenant une petite quantité de calomel afin de tenir le ventre libre. Au bout de trois jours, les pilules, au dire du malade, étaient restées sans action, ce dont il jugeait, sans doute, d'après la persistance du mal de gorge; mais elles en avaient eu assez pour lui donner de la salivation. M. Robertson lui prescrivit alors l'*ambrosia trifida* de la même manière qu'à la malade précédente. En deux jours, salivation et mal de gorge disparurent, et le pasteur, qui craignait de ne pouvoir prêcher avant huit jours, se sentait de force et d'humeur à sermonner ses paroissiens à la fin de ces deux jours.

M. Robertson n'a jamais employé que les feuilles vertes de l'*ambrosia trifida*. Il n'est donc point en mesure de se prononcer sur leur efficacité quand elles sont sèches. Il a, en outre, la bonne foi d'ajouter qu'il n'a employé cette plante que dans des salivations bénignes. Il n'a pas encore eu l'occasion de l'employer dans les cas rebelles qui s'accompagnent de gonflements étendus, d'ulcérations et de chute des dents.

Le docteur R.-E. Griffith, botaniste distingué, a examiné quelques échantillons desséchés de la plante employée par le docteur Robertson. Il lui a, en effet, paru que c'était bien là l'*ambrosia trifida*, quoique l'absence de fleurs et de fruits rendît la question difficile à résoudre avec une certitude absolue; mais il reste peu de doutes à cet égard dans son esprit. Elle croît en abondance dans le voisinage de Philadelphie. Il y a quelque probabilité que l'*ambrosia elatior*, qui n'est pas moins commune, aurait des propriétés encore plus actives. (*Ibid.*)

DUBLIN MEDICAL PRESS.

De l'application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les leucorrhées utérines. — M. le docteur MITCHELL prétend retirer de ce mode énergique de traitement deux avantages précieux : la disparition de la douleur lombaire qui accompagne si souvent les affections chroniques de l'utérus (1), et la guérison des écoulements utérins rebelles. Mais il prévient les praticiens qu'ils doivent, avant de recourir au cautère actuel, s'assurer bien positivement que l'écoulement sort d'entre les lèvres du museau de tanche; car, dans les leucorrhées vaginales, on n'obtiendrait pas le résultat désiré. Il les avertit, en outre, que la chaleur du cautère ne doit être portée que jusqu'au rouge bleu (rouge obscur); car il ne s'agit pas d'opérer la destruction des parties, mais une simple révulsion. Voici, d'ailleurs, comment procède M. Mitchell : après avoir chauffé le bouton du cautère avec une lampe à alcool, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos; il prolonge d'autant plus le contact que le fer est moins chaud. Il a l'habitude de toucher les téguments de la région lombaire à douze places distinctes, quatre de chaque côté, et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante-dix fois déjà dans des cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée se rattachant à cette affection. Plusieurs de ces malades avaient des douleurs lombaires telles qu'elles ne pouvaient marcher. Chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et avait résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart après une seule application. Jamais on n'a été obligé d'y revenir plus de deux fois.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médication, et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élé-

(1) Déjà, dans notre numéro d'août dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les résultats avantageux que l'on obtient des vésicatoires pour combattre cet élément dans les métrites. N. D. R.

ment prédomine, ce dont on s'assure en pressant le museau de tanche avec le doigt. Lorsqu'il y a des granulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d'argent; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

Revue pharmaceutique et formules.

Action de l'iodure de potassium sur la pommade mercurielle; par M. Van de Poel, pharmacien. — Nous ne pensons pas qu'il vienne souvent à l'esprit des praticiens d'unir dans une même pommade l'iodure de potassium et le mercure, deux agents dont le mode d'action immédiat est si différent. Voici, d'ailleurs, ce qui est advenu de cette association dans la circonstance suivante :

L'auteur eut à préparer sur ordonnance de médecin une pommade composée de : iodure de potassium, 1 gramme 20 centigrammes; onguent mercuriel double, 12 grammes. Il commença par dissoudre le sel dans quelques gouttes d'eau et y ajouta ensuite la pommade mercurielle. Après quelques minutes de trituration, il remarqua avec étonnement dans la pommade des globules de mercure très visibles à l'œil nu, même à une assez grande distance. Une nouvelle trituration opéra la séparation de globules plus nombreux et plus gros qui finirent par se rassembler au fond du mortier. L'iodure de potassium était parfaitement pur; l'onguent mercuriel était récent et convenablement préparé.

M. Van de Poel répéta plusieurs fois la même expérience, et toujours avec le même résultat. Il observa, toutefois, que la séparation du mercure est beaucoup plus prompte lorsqu'on a dissous l'iodure dans l'eau ou lorsqu'on a ajouté de l'eau au mélange que lorsqu'on se borne à triturer ces substances sans addition d'eau. Le résultat est le même qu'on se serve d'onguent très vieux ou d'onguent récemment préparé.

Les sels qui ont quelque analogie avec l'iodure de potassium n'exercent aucune action de ce genre. Avec le bi-iodure de potassium, la séparation du mercure a lieu, mais d'une manière beaucoup plus lente qu'avec l'iodure. (*Journal de la Société de pharmacie d'Anvers.*)

Du sang considéré comme contre-poison de l'arsenic. — M. Apoiger a fait sur un chien des expériences qui prouvent que l'arsenic a une très grande affinité pour le sang; cette affinité est telle que la combinaison chimique s'en effectue déjà dans l'estomac. Un chien fut empoisonné cinq fois avec des doses considérables d'arsenic; mais on lui donnait immédiatement après du sang frais de veau, et chaque fois il est revenu à la santé après avoir éprouvé divers accidents toxiques. Toutefois la neutralisation n'était pas complète; car ce chien, abattu plus tard, a présenté de l'arsenic dans son cerveau. Une chose remarquable, c'est qu'un ptérygion que cet animal portait à l'œil droit a complètement disparu vingt-quatre heures après la troisième expérience. Ce fait est d'autant plus étonnant que le ptérygion, chez l'homme du moins, est une des lésions de la conjonctive les plus rebelles aux divers moyens résolutifs, voire même souvent à la cautérisation. (*Journal de chimie médicale, novembre* 1846.)

Combustion spontanée de plantes ayant servi à préparer le baume tranquille. — Deux faits de ce genre sont signalés dans le numéro de novembre 1846 du *Journal de chimie médicale*; un autre pareil avait déjà, à ce qu'il paraît, été observé. M. Boulongue, pharmacien à Orléans, avait préparé en même temps l'onguent populeum et le baume tranquille, le 31 juillet dernier, par une température de 26 à 27°. Rien d'extraordinaire ne s'était produit pendant ces deux opérations, qui étaient terminées à trois heures. Les marcs exprimés avaient été placés dans un seau de bois qui reçoit les résidus du laboratoire, en attendant qu'il fût permis de les déposer sur la voie publique. Aussitôt les opérations terminées, l'odeur propre aux plantes narcotiques avait complètement disparu. Vers quatre heures, il se répandit dans toute la maison une odeur d'huile ou de graisse brûlée, qu'on attribua à quelque papier gras que l'on aurait jeté dans les fourneaux. Vers six heures, cette odeur avait tellement augmenté d'intensité que l'on crut devoir en rechercher la cause. Mais ce ne fut qu'à huit heures et demie, comme on transportait le seau pour le vider, que l'auteur trouva les résidus en question en pleine incandescence, et il fut obligé de les faire éteindre pour ne pas infecter le quartier.

M. Boissenot, pharmacien à Châlons-sur-Marne, a pu suivre par degrés les phénomènes de la combustion spontanée du résidu des plantes narcotiques provenant de la préparation du baume tranquille. Mais il est à remarquer que, dans cette dernière circonstance, la température ambiante n'était alors qu'à 18°.

Ces faits suffiront pour prémunir les pharmaciens contre les dangers qu'il y aurait à abandonner dans les laboratoires des masses de résidus semblables. Il serait prudent de faire refroidir immédiatement par une certaine quantité d'eau les substances d'origine végétale qui auraient été chauffées pendant un certain temps avec des corps gras. (*Ibid.*)

Formules d'injections préparées avec le copahu et le cubèbe; par M. Cattel. — L'auteur, en administrant ces substances par voie d'injection, a surtout pour but d'éviter aux malades les douleurs vives et les inflammations redoutables que détermine quelquefois l'introduction de ces deux médicaments dans

l'estomac. Voici les deux formules auxquelles il s'est arrêté :

1° *Hydrolat de copahu ou de cubèbe.*

Pr. Huile essentielle de copahu ou de cubèbe, 60 gram.
Eau commune, 5,500 —

M. et distillez S. A. pour retirer trois ou quatre livres de produit.

2° *Hydrolat extemporané de copahu ou de cubèbe.*

Pr. Huile essentielle de copahu ou de cubèbe, 60 gram.
Carbonate de magnésie, 24 —

Mêlez exactement, puis ajoutez peu à peu en agitant avec soin :

Eau commune, 4,000 gram.

On peut à volonté remplacer le carbonate de magnésie par la pierre ponce pulvérisée ou le sable très fin. (*Gazette des hôpitaux.*)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 décembre 1846.

On procède au renouvellement du bureau pour l'année 1847.

M. LE PRÉSIDENT procède au dépouillement du scrutin. Voici le résultat :

1° Pour la présidence. La feuille de présence porte 83 suffrages ; majorité, 42.

M. Bégin obtient 80 suffrages.
M. Bricheteau 2
M. Jobert 1

M. Bégin ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé président.

2° Pour la vice-présence. Nombre des votants, 78 ; majorité, 40.

M. Bouillaud obtient 62 suffrages.
M. Bricheteau 11
MM. Londe, Adelon et Prus, chacun 1
Bulletins blancs 1

M. Bouillaud est nommé vice-président.

3° Pour le secrétaire annuel. Votants, 67 ; majorité 34.

M. Mêlier obtient 63 suffrages.
M. Prus 2
M. Pâtissier 1
Bulletin blanc 2

M. Mêlier est réélu secrétaire annuel.

On procède individuellement à la nomination de trois membres du conseil.

Les trois membres qui ont réuni la majorité des suffrages, et qui ont par conséquent été proclamés membres du conseil, sont : MM. Roche, président sortant, Nacquart et Prus.

M. BOUVIER présente des pièces anatomiques relatives à un cas de cette forme d'altération du système nerveux sur laquelle M. Serres a récemment fixé l'attention des anatomo-pathologistes. Il s'agit d'une tumeur siégeant à l'origine des nerfs de la troisième et de la sixième paire. On a pu observer pendant la vie les symptômes produits par cette altération.

Les occupations actuelles de l'Académie n'ayant pas permis qu'il fût donné lecture de l'observation, M. Bouvier l'a déposée sur le bureau.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 29 décembre.

Présidence de M. ROCHE.

M. LE PRÉSIDENT procède au tirage au sort des membres qui devront composer la députation chargée de présenter les hommages de l'Académie au roi, le 1er janvier. Les noms sortis de l'urne sont ceux de MM. Duval, Danyau, Robinet, Poiseuille, Capuron, Lacourière, Jadelot, Thillaye, Baron, Ferrus, Bricheteau, Lisfranc, Jolly, Rochoux, Rayer, Boulley jeune, Baudelocque, Emery, Lagneau, Gaultier de Claubry, Roux et Boudet.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement par tiers des commissions permanentes.

1° Commission des épidémies. MM. Allard et Poiseuille, membres sortants, sont remplacés par MM. Espiaud et Dupuy.

2° Commission de vaccine. Membres sortants : MM. Forestier et Castel. — Membres élus : MM. Londe et Moreau.

3° Commission des eaux minérales. Membres sortants : MM. Pâtissier et Henry. — Membres élus : MM. Renauldin et Guibourt.

4 Commission de statistique et topographie médicale. Membres sortants : MM. Duval et Ferrus. — Membres élus : MM. Roche et Nacquart.

5° Commission des remèdes secrets. Élus : MM. Rochoux et Villeneuve.

Comité de publication. Élus : MM. Réveillé-Parise, Bousquet, Gérardin, Malgaigne et Renault.

Séance du 5 janvier.

Présidence de M. BÉGIN.

La taille et la lithotritie. — M. ROUX a la parole pour un rapport fait en son nom et au nom de M. Velpeau sur deux mémoires soumis à l'Académie, l'un par M. Fleury (de Clermont), fils de l'ancien correspondant de ce nom ; le second par M. Raynaud (de Montauban), relatifs tous deux aux opérations que réclament les calculs de la vessie.

Le travail de M. Fleury consiste dans l'exposé détaillé et raisonné d'un cas de lithotomie pratiquée sur un sujet de 35 ans, par la méthode bilatérale, pour un calcul volumineux et remarquable par cette circonstance que la matière calculeuse était déposée autour d'une alène de cordonnier.

M. Raynaud rend compte, dans son travail, de quatre opérations de taille pratiquées avec succès sur des enfants de 4 à 10 ans, et d'un cas de lithotritie heureusement terminée en une seule séance sur un sujet adulte.

M. Roux entre dans quelques considérations à l'occasion de ces deux communications. Il fait remarquer que l'affection calculeuse, dans l'enfance, ne se rencontre guère que dans les classes inférieures de la société, qu'elle est plus commune dans les campagnes que dans les villes ; sur 100 ou 150 enfants calculeux que M. Roux peut avoir opérés, il n'en a rencontré que 3 qui n'appartinssent point à la classe pauvre. Relativement à l'hémorrhagie dont un des opérés de M. Raynaud avait failli devenir victime, M. Roux fait remarquer sa rareté dans l'opération de la taille chez les enfants, son innocuité presque constante, et il rappelle les circonstances anatomiques qui rendent compte de ce fait. De tous les moyens auxquels on peut avoir recours dans ce cas, celui sur lequel on peut le plus compter, suivant M. le rapporteur, est la ligature immédiate de l'artère honteuse interne, là où cette artère côtoie la face interne de la tubérosité de l'ischion.

M. Roux termine par quelques réflexions sur les avantages respectifs de la taille et de la lithotritie, et par un rapide parallèle entre ces deux méthodes. Pour les enfants, la question ne lui paraît pas douteuse : la petitesse des organes, la nécessité où l'on serait de réduire le calibre des instruments au détriment de leur solidité, et surtout le peu de dangers inhérents à l'opération de la taille à cet âge, tout concourt à faire préférer cette dernière opération. Pour les adultes, il n'en est pas de même; mais, tout en ne niant pas les résultats avantageux de la lithotritie, M. Roux persiste à la considérer comme une méthode exceptionnelle, tandis que la taille mérite de rester comme méthode générale.

Conclusions : adresser des remercîments aux auteurs ; renvoyer leurs communications au comité de publication, et insérer leurs noms sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Moreau demande l'insertion du rapport dans le Bulletin. (C'est de droit.)

M. Velpeau déclare que le rapport est l'œuvre de M. Roux seul, et qu'il doit par conséquent lui en laisser tout l'honneur. Il s'est borné, en qualité de membre de la commission, à en prendre connaissance et y donner son approbation. Cependant, ajoute-t-il, je demanderai la permission de faire quelques réflexions. M. Roux a dit, en parlant du travail présenté tout récemment à l'Académie des sciences par M. Civiale, que l'auteur n'accusait dans son relevé statistique que 7 cas d'opération suivis de mort sur un total de 260. M. Roux n'a sans doute pas fait attention que ce chiffre de 7 ne représentait pas le nombre réel des morts, que ce chiffre devrait être porté à 20 et quelques au lieu de 7 qui a été inscrit.

Autre remarque. Je crois qu'il est encore très difficile de dire, dans l'état actuel des choses, dans quelle proportion la lithotritie a été utile à l'humanité. Rien n'est plus aisé que de se méprendre sur les résultats réels de cette méthode ; on ne doit pas oublier que la lithotritie fait un choix ; or, quand les lithotriteurs font leur choix, ils choisissent non-seulement les sujets propres à la lithotritie, mais aussi ceux qui seraient propres à l'opération de la taille, tandis qu'ils n'abandonnent aux chirurgiens qui pratiquent cette dernière opération que les individus qui se trouvent dans la position la plus grave et la plus défavorable au succès de l'une ou de l'autre opération. On conçoit combien, avec de semblables éléments, il devient difficile de comparer. Je voudrais donc qu'on posât une bonne fois la question d'une manière nette, que sur un chiffre donné de calculeux, pris au hasard et dans toutes les conditions possibles, la moitié fussent confiés à la lithotritie et l'autre moitié à la taille, et que l'on comparât de part et d'autre les résultats. J'ai commencé moi-même à faire un travail de ce genre ; j'ai trouvé que sur 300 sujets qui se sont présentés à la lithotritie, et dont 270 environ ont été opérés; 60 sont morts. Or, je voudrais savoir si c'était là la proportion des morts lorsqu'on ne pratiquait que l'opération de la taille.

M. Amussat : Cette discussion est trop importante pour l'improviser ainsi à la fin d'une séance. Je croyais, après la discussion solennelle qui a eu lieu sur cette question il y a dix ans, que la lithotritie était définitivement considérée comme préférable à la taille. Puisqu'il n'en est pas ainsi, et que de nouveaux doutes sont élevés, je demande que cette question soit reprise et mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances. (Appuyé.)

M. Desportes rappelle que l'Académie a déjà mis à son ordre du jour une question également importante, celle du rôle que joue la rate dans les fièvres intermittentes. Il demande que cette question conserve son ordre de priorité.

M. le président : Je reçois à l'instant une lettre de M. Piorry qui demande que cette question soit mise à l'ordre du jour de mardi prochain. S'il n'y a aucune opposition, l'ordre restera ainsi fixé. (Approuvé.)

M. Lagneau présente, au nom d'un membre correspondant, M. Baillaut, un instrument destiné à maintenir la sonde dans la vessie.

Séance du 12 janvier.

Nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations.—Voyez l'article *Variétés.*

Théorie des fièvres intermittentes ; rôle de la rate dans la production de ces fièvres. — M. Piorry expose dans les termes suivants la théorie sur laquelle il désire appeler la discussion :

1° Un accès de fièvre complet, frisson, chaleur et sueur, est un accès de névropathie progressive qui part des plexus abdominaux et thoraciques, et notamment de ceux de la rate, des reins et des organes génitaux. Cette névrite parcourt d'une manière successive divers points de l'appareil cérébro-spinal, à partir

des plexus nerveux, remonte vers les centres et s'étend ensuite vers la circonférence. Elle se reproduit vers la peau et cause les frissons de la même manière qu'on voit les névralgies variées, utéralgie ou autres, se répéter vers d'autres points du système nerveux.

2° Les accès de fièvre, qui se renouvellent en petit nombre et d'une manière périodique, peuvent avoir une origine première dans les plexus rénal, spermatique, ovarique, etc.; dans de tels cas, la névralgie s'étend de ces plexus vers les nerfs spléniques.

3° Ces accès périodiques, soit quotidiens, soit tierces (se reproduisant de deux jours l'un), soit quartes (ayant lieu un jour sur quatre), etc., ont leur véritable point de départ dans les ramifications du plexus splénique.

4° Des lésions variées de la rate (splénémie, splénite, hypersplénotrophie, etc.) peuvent donner lieu à cette névropathie.

5° C'est la splénémie avec augmentation de volume qui cause le plus souvent les fièvres intermittentes légitimes.

6° Cette lésion de la rate est, le plus ordinairement, produite par les miasmes marécageux.

7° Le premier effet de ceux-ci est une affection directe sur le sang (premier temps de la production de la fièvre, toxémie paludéenne). Il y a alors une véritable toxémie.

8° L'effet de cette altération est d'agir sur la rate (deuxième temps, splénopathie) et causer l'engorgement sanguin, l'hypertrophie de cet organe, et, partant, la névropathie périodique (troisième temps) qui caractérise la fièvre intermittente. C'est ici une lésion locale, suite d'une anoémie, semblable à la souffrance de la vessie, du cœur, etc., par suite d'un mélange de la cantharidine ou de la digitale avec le sang. (V. l'article *Toxémie* du *Traité de médecine pratique.*)

9° A son tour, cette splénopathie porte sur le sang une action particulière manifestée par la teinte spéciale, par l'état de faiblesse générale, etc., que présentent les personnes atteintes de fièvres intermittentes anciennes (quatrième temps, anoémie splénique).

A l'instant où M. Piorry termine, MM. Rochoux, Bouillaud et Castel demandent la parole.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 janvier.

Traitement de la phthisie par la gymnastique des poumons et l'engraissement. — M. Bureaud-Riofrey lit sur ce sujet un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Les recherches anatomiques et les autopsies ayant prouvé jusqu'à l'évidence que les tubercules sont des corps étrangers, inorganiques, inassimilables dans l'économie, il faut préparer les voies à travers lesquelles ces corps peuvent être expulsés.

2° La gymnastique des poumons peut remplir ce but dans les cas ordinaires, en fortifiant les bronches et en les dilatant avec mesure. La ponction de la poitrine peut être employée avec succès, mais comme moyen extrême.

3° Il faut régulariser et coordonner la respiration avec les pertes des malades et les besoins de la combustion pulmonaire.

4° L'alimentation doit fournir les aliments plastiques et les aliments de la respiration; il faut par conséquent une diététique spéciale pour les phthisiques.

5° La graisse fait antagonisme aux matières concrètes et elle neutralise en quelque sorte le danger des corps inassimilables, éléments des tubercules.

6° Enfin, en réparant les pertes des phthisiques, on doit tendre à l'engraissement pour prolonger leur vie et pour changer leur constitution et leur diathèse tuberculeuse. Le tubercule étant une maladie qui se reproduit, on ne peut être assuré contre cet état que par un changement complet de la constitution.

NOUVELLES MÉDICALES.

Candidatures académiques.—La section de thérapeutique de l'Académie royale de médecine s'est réunie samedi, 23 janvier 1827, pour la prochaine élection. Elle a décidé que la présentation aurait lieu dans l'ordre suivant qui est celui du mérite qu'elle attache aux titres de chacun des candidats : MM. Gibert, Trousseau, Sandras, Martinet, Bayle, Legroux.

Hôpital des fous à Madrid. Par un décret de S. M. la reine d'Espagne, en date du 13 novembre dernier, il va être construit à Madrid un hôpital modèle destiné au traitement des aliénés. Cette création a été provoquée par Don Pedro Maria Rubio, membre du conseil royal de l'instruction publique et l'un des médecins de S. M.

— M. Orfila vient d'être nommé par la reine d'Espagne chevalier de l'ordre de Charles III.

— La reine d'Espagne a conféré à son premier médecin le titre de Marquis de la Santé. On sait, dit la *Gazette médicale de Paris* en nous apprenant cette singulière nouvelle, que la noblesse espagnole tire volontiers ses titres, à défaut de terres, d'une qualité intellectuelle, d'une vertu, d'une action d'éclat. On peut en effet être tout aussi bien appelé *marquis de la Santé* que *duc de la Fidélité, duc de la Victoire.* La première de ces dignités a été conférée à Don Pedro Castello, premier médecin d'Isabelle II.

Bordeaux. Le docteur Marchant a été nommé médecin ordinaire à l'hôpital Saint-Antoine. Cette nomination a donné lieu à quelques rumeurs, le nouveau titulaire étant homœopathe. On prétend que la commission administrative lui a intimé l'ordre de ne traiter les malades

que selon les méthodes ordinaires ; mais, par une concession assez insolite, il lui est permis d'user de l'homœopathie pour les maladies reconnues incurables par deux confrères appelés à constater cette incurabilité.

— Par arrêté en date du 18 décembre 1846, M. Orfila, conseiller titulaire de l'Université, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du concours qui doit s'ouvrir le 4 janvier 1847, devant l'École de pharmacie de Paris, pour trois places d'agrégés vacantes dans cette École.

M. Boudet, agrégé de l'École de pharmacie de Paris, et M. Balard, professeur adjoint de chimie à la Faculté des sciences de Paris, sont nommés juges adjoints dudit concours.

— Par arrêté en date du 7 décembre 1847 et en suite du concours ouvert le 1er juillet dernier devant la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Küs (Emile), docteur en médecine, est institué en qualité de professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté en date du 9 décembre 1846, MM. Sestier et Béhier, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés juges du concours d'agrégation (section de médecine), qui sera ouvert le 2 janvier prochain devant ladite Faculté.

M. Monneret, également agrégé, est nommé juge suppléant.

— Par arrêté en date du 2 décembre 1846, M. Dupuy est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1846-1847.

— Par arrêté en date du 12 décembre 1846, M. Leprestre, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie à Caen, est nommé, par voie de permutation, professeur de clinique externe, en remplacement de M. Lesauvage, appelé à d'autres fonctions.

M. Raisin, professeur de pathologie externe, est nommé, par voie de permutation, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale, en remplacement de M. Leprestre.

M. Lesauvage, professeur de clinique externe, est nommé, par voie de permutation, professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Raisin.

M. Lecœur, professeur adjoint, chef des travaux anatomiques, est chargé, à titre de suppléant, de la chaire d'histoire naturelle médicale et matière médicale.

M. Vaultier, suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Lecœur.

— Le concours ouvert le 10 octobre, dans l'École de médecine de la marine de Brest, pour pourvoir au remplacement d'un chirurgien professeur, de deux chirurgiens de première classe, de trois de deuxième et de quatre de troisième, s'est terminé le 28 novembre dernier.

Les concurrents à la chaire d'anatomie et de physiologie étaient MM. Dufour, Duval, Payen et Toussaint, chirurgiens de première classe. Les trois premiers sont docteurs de Montpellier. M. Dufour a été nommé.

— Le concours pour l'internat est terminé ; voici la liste des élèves reçus :

MM. Coffin, de Paris ; Triquet, de Tours ; Réal, Mignot, de Moulins ; Bourreret, Notat, Pierre, d'Autun ; Béraut, de Vaucluse ; Klippel, Pioget, de Pouilly ; Simonès, Empis, Violet, de Tours ; Pitet, Boivin, Rocas, Beauvais, de Paris : Boulan, Landau, Denusset, Boursier, de Poitiers ; Huet, Delacasse, Viard, Juteau, Bouteiller, de Rouen ; Rieux, Viguès, de Paris ; Duclos, de Rouen ; Blondeau, de Paris ; Botrel, Vickam, de Paris ; Boulard, de Paris ; Thomas, de Paris ; Desternes, Fatant, Dufresnes, d'Autun ; Narbonne.

— On écrit de Bagdad, à la date du 27 octobre :

« Le choléra a fait encore, depuis une quinzaine, trente à quarante victimes par jour dans cette ville. Depuis deux jours on n'en compte pas plus de quatorze ou quinze.

» A Bassora, où la maladie a éclaté vers le 10 de ce mois, elle a enlevé, d'après des lettres du 18, de trente à trente-cinq personnes par jour.

» Le nombre total des victimes, dans le pachalik de Bagdad, dépassera le chiffre de vingt mille.

» Une grande partie de la population de la ville, qui s'était enfuie, est de retour. »

— Le choléra a envahi Mossoul ; voici ce qu'on nous mande de cette ville en date du 2 novembre :

« Le choléra a éclaté vers les derniers jours d'octobre dans la Mésopotamie. Mais, grâce sans doute à l'état avancé de la saison et au froid rigoureux qui règne dans cette province, le fléau a très peu d'intensité et se présente plutôt sous une forme sporadique ; ainsi, quinze ou vingt personnes seulement ont péri dans un espace de cinq ou six jours, et sur trente attaques une seule a été mortelle. »

— Deux médecins sont envoyés à Bagdad pour étudier le choléra, recueillir toutes les observations qui ont été faites depuis l'apparition du fléau dans ce pachalik, et adresser à ce sujet une série de rapports au gouvernement. Les médecins désignés pour cette mission sont Eumer Effendi, ancien élève de l'école de Galata-Sérail, médecin de l'hôpital de la garde, et M. Droz, docteur de la Faculté de Paris. Eumer Efendi a été promu, à cette occasion, au grade correspondant à celui de chef de bataillon.

— Dans sa séance du 8 décembre dernier, le conseil communal de Bruxelles a décidé qu'à partir du 1er janvier, la présentation des enfants nouveau-nés sera faite à domicile.

— M. le docteur baron Barbier a légué une rente de 9,000 fr. pour fonder trois prix annuels, savoir :

1° Un de 3,000 fr. à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent, et le plus souvent, incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.;

2° Une somme pareille de 3,000 fr. pour prix annuel à celui qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment;

3° Pareille somme de 3,000 fr. pour prix annuel à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir.

Ces trois prix seront jugés et distribués publiquement, le premier par l'Académie royale de médecine, le second par la Faculté de médecine, et le troisième par l'Institut.

M. le docteur Barbier a légué en outre une somme de 1,200 fr. pour servir à fonder, en plus du personnel ordinaire du service de santé de l'hôpital de la Charité, une place de chirurgien interne dans cet hôpital. Cette place ne pourra être donnée qu'à la suite d'un concours public, dont les juges, au moins au nombre de sept, seront choisis parmi les chirurgiens en chef et adjoints des hôpitaux civils de Paris.

— *Prix de la Société de médecine de Bordeaux.* — La Société avait proposé un prix de la valeur de 500 fr. sur cette question:

« Quelle est la classification des maladies de la peau qui a contribué le plus aux progrès de la thérapeutique? »

La Société a reçu deux mémoires.

La Société décerne:

1° Une médaille de 300 fr. et le titre de membre correspondant à M. le docteur J.-J. Lafaurie, médecin à Cançon (Lot-et-Garonne), auteur du n° 1;

2° Une médaille de 100 fr. et le titre de membre correspondant à M. le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis à Paris, auteur du mémoire n° 2.

Nous rappelons la question mise au concours pour l'année 1847; elle est posée en ces termes:

« De la morve chez l'homme, et de sa transmission des animaux à l'espèce humaine. »

La morve pouvant prendre une grande extension, la Société veut qu'on étudie sa nature, son caractère, sa marche et son traitement, tout en s'éclairant des lumières que pourra fournir la médecine comparée.

Le prix est une médaille d'or de 300 fr.

Les esprits sont vivement préoccupés aujourd'hui d'une maladie qui, observée pour la première fois en Espagne il y a environ cent ans, n'a paru que beaucoup plus tard dans quelques autres parties de l'Europe: c'est de la pellagre que nous voulons parler. Elle a trouvé partout des observateurs qui ont tracé son diagnostic, sa marche, sa thérapeutique; ils l'ont fait pour la plupart avec un soin qui, sous certains rapports, laisse peu à ajouter. Mais, pour ce qui est de l'étiologie, il règne encore une grande obscurité; on n'est point d'accord sur la cause essentielle, efficiente, qui a produit chez les peuples modernes l'apparition d'une maladie que l'antiquité ne paraît pas avoir connue. Cependant ce n'est qu'en dirigeant dans ce sens de longues et laborieuses investigations que la médecine peut s'élever au rôle qui lui appartient dans l'examen des problèmes les plus compliqués de l'hygiène publique. C'est à ces graves considérations que la Société s'est arrêtée quand elle a décidé qu'elle proposerait, pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera dans sa séance publique de 1848, la question suivante:

« Etudier la pellagre principalement au point de vue de son étiologie. »

Parmi les mémoires manuscrits qu'a reçus la Société, elle en a distingué particulièrement deux qui lui ont été envoyés par MM. les docteurs Talma, membre correspondant, médecin à Bruxelles, et Fouque, membre correspondant, aide-major au 4e régiment de ligne: le premier sur la pathologie dentaire en particulier, sur le plombage opératoire très simple, mais qui peut avoir des conséquences diverses, selon la matière que l'on emploie: M. Talma a cité surtout les funestes effets d'une pâte importée d'Angleterre, connue sous le nom de *succedaneum*, et qui est un composé de mercure;

Le second, sur les signes positifs de la mort.

De nombreuses expériences ont porté M. Fouque à partager l'opinion, déjà soutenue avant lui, qu'une rigidité particulière est le seul signe authentique du décès. Il attribue cette rigidité cadavérique à la coagulation des fluides dans les capillaires.

La Société décerne:

1° Une première mention honorable à M. le docteur Talma;

2° Une deuxième mention honorable à M. le docteur Fouque.

Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, n° 67, avant le 15 mars.

Par autorisation spéciale de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur DAREMBERG, bibliothécaire de l'Académie royale de médecine, ouvrira *au Collége de France* un cours SUR L'HISTOIRE DE LA LITTÉRATURE DES SCIENCES MÉDICALES le samedi 16 janvier, à trois heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

Agrégation. — Le jury pour le concours de l'agrégation (section de médecine) est composé de la manière suivante: président, M. Duméril; juges titulaires, MM. Andral, Bouillaud, Piorry, Rostan, Béhier, Sestier; juges suppléants: MM. Adelon, Monneret; secrétaire, M. Amette.

Les candidats, au nombre de 20, sont : MM. les docteurs Cazalis, Vigla, Guéneau de Mussy (Noël), Guéneau de Mussy (Henri), Fauvel, Hardy, Roussel, Blanchet, Becquerel, Delpech, Roger (Henri), Léger, Bouchut, Hillairet, Fabrége, Mailliot, Lasègue, Jousset, Milant et Moissenet.

—Le roi de Sardaigne, à la suite de la séance solennelle de la Société médico-chirurgicale de Turin, a conféré à cette institution le titre d'Académie royale de médecine et de chirurgie.

— A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, M. Gosselin a été nommé, à l'unanimité, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. le professeur Denonvilliers.

— A la suite d'un concours devant la même Faculté, les deux places de prosecteur ont été obtenues par MM. Demarquay et Cusco.

Nécrologie.

M. Deneux, ancien accoucheur de la duchesse de Berry et professeur à l'École de médecine de Paris sous la Restauration, vient de mourir à Nogent-le-Rotrou.

— M. J. Scott, oculiste distingué, est décédé ces jours derniers à Londres.

Variétés.

Des inhalations éthérées pour supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales.

Un dentiste de Boston imagina, il y a quelques mois, que des inspirations d'éther pouvaient jeter ses opérés dans un état d'ivresse qui les rendrait insensibles à la douleur. L'expérience lui réussit apparemment ; car il proposa plus tard aux chirurgiens d'hôpital d'essayer ce procédé. Il voulut d'abord en faire un secret ; mais l'éther se prêtait sans doute fort mal à cette prétention, et les derniers journaux d'Amérique témoignent que les inspirations d'éther sont déjà depuis plusieurs mois du domaine public sur le continent américain.

M. Malgaigne vient de mettre à l'essai ce nouveau moyen. Mais, avant de rapporter le résultat qu'il a exposé de ses expériences dans la séance du 12 janvier de l'Académie de médecine, décrivons les procédés dont on s'est servi pour faire respirer l'éther aux opérés.

Les chirurgiens américains se servent, à cet effet, d'un ballon à deux tubulures, contenant 30 à 50 grammes d'éther sulfurique et quelques petits morceaux d'éponge destinés à favoriser, par l'augmentation de l'étendue des surfaces, la vaporisation de l'éther. Chez le premier de ses opérés, M. Malgaigne s'est tout simplement servi d'un tube ordinaire, que le sujet tenait dans sa bouche. Pour les autres, il a fait introduire dans l'une des narines, l'autre étant fermée, un tube plongé dans un flacon dans le fond duquel était l'éther sulfurique. Le sujet inspirait par le nez et expirait par la bouche.

Voici maintenant en quels termes M. Malgaigne rend compte du résultat de ses essais :

Le premier malade est un jeune homme de dix-huit ans, lequel avait un phlegmon suppuré à la partie inférieure de la jambe. On lui fit respirer de l'éther sulfurique pendant deux minutes, ce qui suffit pour le plonger dans un assoupissement complet. L'abcès fut ouvert avec le bistouri ; une demi-minute après le malade s'éveilla ; il n'avait rien senti, à tel point qu'il croyait n'avoir point subi l'opération, et disait s'y résigner.

Un Italien un peu plus âgé, qui portait une tumeur du cou, dut respirer l'éther pendant cinq minutes. Après son réveil, l'opération terminée, il dit avoir eu la conscience qu'on lui enlevait sa tumeur, mais n'avoir éprouvé aucune douleur.

La troisième malade était une jeune femme présentant aussi une tumeur du cou, qui ne tomba dans l'assoupissement qu'au bout de dix-huit minutes. Elle ne sentit pas la première incision, mais elle se réveilla immédiatement après, et souffrit pendant le reste de l'opération comme si elle n'avait pas été soumise à l'inhalation éthérée.

Le 11 janvier, un homme, qui avait eu la jambe broyée par un wagon du chemin de fer, dut subir l'amputation, qui lui fut faite au lieu d'élection. Il fut soumis aux vapeurs éthérées pendant dix-sept minutes. Au sortir de son état léthargique, il déclara avoir eu conscience de l'opération qu'on pratiquait sur lui, mais n'avoir pas plus souffert que si on lui eût légèrement égratigné la jambe avec la pointe d'un canif.

Enfin, un jeune homme, auquel on avait pratiqué l'opération du strabisme, respira l'éther pendant dix minutes sans en éprouver aucun effet, et souffrit pendant l'opération autant que les malades ordinaires.

M. Velpeau, à la suite de la communication de son collègue, a d'abord déclaré qu'il n'avait point voulu expérimenter ce moyen, dans la crainte qu'il ne produisît quelque accident sérieux. M. Guibourt, M. Chevallier et M. Boullay se sont au contraire portés garants de l'innocuité parfaite des inspirations d'éther. Je respire depuis longtemps de l'éther en quantité considérable, a dit M. Guibourt, dans des expériences auxquelles je me livre sur ces produits, et jamais je n'en ai éprouvé la plus légère incommodité. M. Velpeau s'est rendu à ce témoignage et a institué dans son service des essais sur cette méthode. Il paraît avoir réussi.

Depuis cette communication les expériences avec l'éther pour amortir la sensibilité se sont multipliées. Il a même été employé déjà avec succès à l'hôpital de Rennes dans un cas d'amputation du bras. Certaine chronique va jusqu'à dire que des malades que l'on aurait pu se dispenser d'opé-

rer ont été sacrifiés à un besoin prématuré de savoir avant les autres. Les résultats ont été très divers. Il paraît certain qu'on est parvenu, dans quelques cas, à suspendre complètement la sensibilité ; dans d'autres on n'y est parvenu qu'incomplètement ; dans un certain nombre on a complètement échoué. On n'a encore fait à cet égard que de l'empirisme brut. Nous aurons à revenir sur ces expériences lorsque les journaux politiques en parleront moins. Est-il besoin de dire que les questions de priorité se sont déjà mises de la partie ? Le procédé vient d'Amérique ; mais qu'importe ? l'inventeur de la médecine pharyngée avait déjà découvert que l'éther fait dormir les poules.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Anatomie et thérapeutique comparées du cancer du sein.

Anatomie. On sait qu'il y a bien des sortes d'anatomies comparées. Les termes de comparaison peu vent être très larges, puisqu'on a trouvé moyen de comparer élégamment et savamment, dans ces derniers temps, 1° les deux règnes organiques entre eux; 2° ces deux règnes avec le règne inorganique qui paraissait si réfractaire.

Ne parlons ici que de l'anatomie comparée *intra-spécielle* ; de celle qui consiste à étudier simplement le même organe dans les différentes circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'hérédité, de cachexie, comme il faut redire, et surtout de traitement, dans l'espèce humaine. Commençons, si l'on veut, par l'anatomie microscopique.

L'anatomie microscopique du cancer au sein ne réduit pas tous les cancers à des éléments identiques et reconnaissables, ainsi que l'ont affirmé dernièrement des hommes haut placés dans la science et dans l'art. — Mais quand il en serait autrement, c'est-à-dire quand bien même les verres grossissants montreraient les éléments cancéreux sous des apparences toujours les mêmes, cette illusion cesserait aussitôt qu'on voudrait se donner la peine de suivre le développement, la croissance et la maturité de ces éléments en apparence identiques. Deux cancers mûrs ont dû être très dissemblables au fond quand ils n'étaient que cellules, ou granules, ou nucléoles, ou tout autre chose d'encore cent mille fois plus petit.

Rien ne paraît moins dissemblable en apparence que deux cellules élémentaires tirées de deux graines différentes, de la graine du chêne et la graine du melon par exemple, ce qui n'empêche que finalement et même d'assez bonne heure, le long du chemin, les deux *êtres* ne s'en aillent chacun en une figure fort différente. Ainsi des cellules animales, ainsi des cellules de cancers ou de tubercules, ainsi des cellules de toutes les productions morbides qui ne sont peut-être pas très loin d'être des espèces animales différentes.

L'usage de la loupe et des verres grossissants n'est pas commode au lit du malade. On ne saurait facilement braquer sa lunette ou son microscope sur un ulcère découvert ni sur un squirrhe caché ; on ne saurait le faire ni assez souvent, ni assez longtemps, ni assez librement pour bien conclure.

Néanmoins, il n'est pas impossible que l'instrument qui fit autrefois des prodiges curieux ne fasse aujourd'hui des miracles utiles. Plusieurs bons et très bons *regardeurs* sont à l'œuvre. La puissance des instruments est accrue, les causes d'illusion diminuées ou conjurées. Qui sait si nos temps, féconds en tout, ne produiront pas la cure facile, vulgaire, radicale, de quelque grande maladie physique comme le cancer ?

Thérapeutique. 1re *proposition.* Les maladies cancéreuses du sein sont généralement peu traitées, ou même ne sont pas traitées du tout par les praticiens les plus renommés, et le plus justement renommés.

Cela tient à plusieurs causes qu'il ne sera peut-être pas impossible ni inutile de signaler.

2e *proposition.* Les maladies cancéreuses du sein ne sont guère traitées de notre temps que par les résolutifs et les fondants, ou bien par l'opération. Or, une expérience déjà longue et fondée sur des exemples divers et nombreux nous a démontré que, hormis quelques cas très spéciaux, ces deux ou trois moyens sont presque toujours non-seulement inutiles, mais nuisibles et funestes aux malades.

3e *proposition.* La compression n'est pas un bon moyen de traitement pour les tumeurs cancéreuses du sein.

4e *proposition.* Il y a le plus grand profit à tirer en tout temps, mais surtout de nos jours, de l'étude des remèdes secrets pour les cancers, de l'essai prudent des moyens anticancéreux employés par les *praticiens à secret*, les *gens à recettes et à onguents*, les *hommes sans opération sanglante*, etc. Il est quelquefois difficile de découvrir ces hommes et ces secrets; d'autres fois ils se laissent facilement et comme loyalement pénétrer. Il y a beaucoup à laisser ou à rejeter dans ce qu'ils font ou ce qu'ils disent, beaucoup à craindre pour ce qu'ils annoncent ; mais toujours il y a quelque coin du remède ou de la *manière* qui peut conduire ou reconduire aux plus hautes pratiques, amener des résultats si inespérés et si rares qu'on les croyait perdus.

5e *proposition.* Il est à craindre que le séjour et le traitement dans un hôpital de grande ville ou même de ville ne soit une cause à peu près certaine de non-succès dans le traitement des cancers au sein ; puisque dans plusieurs cas, trop peu nombreux peut-être encore, il a suffi à plusieurs bons moyens d'être employés dans un hôpital pour ne pas réussir ; et que, d'autre part, il a suffi aux mêmes moyens d'être employés à l'air libre et au milieu des circonstances de la vie ordinaire pour se mettre à produire leur bon et précieux effet.

L.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — MARS 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Médecine opératoire.

I. Des inhalations d'éther sulfurique comme moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales.

Il n'y a plus de doute aujourd'hui pour personne sur les merveilleux effets des inhalations d'éther sulfurique pour supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. Tout en faisant la part de l'engouement qui passera, comme il a passé pour l'électricité, pour l'acupuncture, etc.; tout en accordant qu'il y a encore de grandes et nombreuses distinctions à faire sur les cas où ce moyen sera utile, ou inutile, ou fâcheux, et que l'application, comme celle de tout agent thérapeutique, devra en être faite avec prudence et avec réserve; — il n'en reste pas moins établi que la thérapeutique possède aujourd'hui un moyen nouveau de supprimer pour les opérations chirurgicales une douleur que le malade ne voudra pas supporter ou que le chirurgien aura intérêt à supprimer.

C'est aux Etats-Unis, à Boston, dans le *Boston medical and surgical journal*, en décembre 1846, que cette nouvelle méthode a d'abord été publiée par les docteurs Jackson, Morton, Warren : nous verrons un peu plus bas à qui l'honneur de la première idée appartient. De Boston, elle passa à Londres, où M. Liston l'essaya d'abord avec un plein succès pour une amputation de jambe et pour l'arrachement d'un ongle ; puis M. Fergusson, chirurgien du King's College de Londres, pour un cas de phimosis, pour une stricture de l'urèthre, pour un abcès à la marge de l'anus; puis M. le docteur Lansdown, chirurgien de l'hôpital de Bristol; M. Robinson, dentiste à Londres, pour d'autres cas.

D'Angleterre, la question ou plutôt la méthode est passée en France, et tous les chirurgiens des hôpitaux de Paris, MM. Malgaigne, Velpeau, Roux, Laugier, Gerdy, Jobert, Guersant fils, etc., ont aujourd'hui obtenu les mêmes résultats que les praticiens d'Amérique et d'Angleterre. La chirurgie départementale a répondu à la chirurgie parisienne. MM. Bonnet et Bouchacourt à Lyon, M. le professeur Serre à Montpellier, M. Reymonet à l'Hôtel-Dieu de Marseille, ont pratiqué, sans faire éprouver de douleur à leurs malades, les grandes opérations de la chirurgie. Le dernier numéro de la *Gazette médicale de Montpellier* nous apporte, en post-scriptum, cette nouvelle : *Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le professeur Serre a pratiqué, à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi, la lithotritie sur un sujet qui, grâce à l'inhalation des vapeurs d'éther, a non-seulement été complètement insensible aux manœuvres de l'opération, mais qui, pendant tout le temps de celle-ci, a poussé l'hilarité jusqu'au point de rire et de chanter.* A l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, le docteur Guersant fils a pratiqué sur un enfant l'opération de la taille, sans que le malade ait paru ressentir la moindre douleur. Certes, nous voilà loin du temps où un calculeux, attaché et tenu de force pour être taillé, était un des plus douloureux spectacles que pût offrir la chirurgie !

Il ne faut donc point s'étonner de l'admiration, de l'enthousiasme, de l'engouement qu'excite la méthode des inhalations d'éther. Les revers survenus ou à survenir, les inconvénients déjà observés ou que l'on observera, ne changent pas la question. Quand l'homme eut dompté le cheval, *la plus noble conquête qu'il ait jamais faite*, il ne fut point préservé des accidents que produit la fougue de cet impétueux animal; quand il eut découvert la boussole, il ne fut point préservé des naufrages; et quand il eut mis la vapeur à son service, à côté des bienfaits il trouva des malheurs. Toute conquête de l'homme sur la nature a ses périls : la Providence a permis à son industrie de découvrir, et en même temps a ordonné à sa prudence et à sa sagesse d'observer et de se garantir.

Autour du fait principal, essentiel (l'abolition de la sensibilité), produit par l'inhalation de l'éther, se groupent un certain nombre d'effets particuliers, une certaine variété de phénomènes physiologiques, dont toutes les causes et toute la portée n'ont pas encore été et n'ont peut-être pas pu être appréciées. Chez quelques sujets l'assoupissement arrive très vite et d'emblée en deux ou trois inhalations; chez d'autres il est très lent à se produire; chez d'autres il ne se produit pas. De même pour le réveil : en général le sommeil éthéré est très court et seulement de quelques minutes; mais plusieurs malades ont été un assez long temps, même quelques heures, sans recouvrer la sensibilité et la connaissance.

Le plus souvent le moment de l'assoupissement est précédé d'une période d'angoisse, d'agitation, qui a pu aller jusqu'au délire et aux convulsions, et constituer, sinon un état dangereux, au moins un état fort douloureux. Un phénomène fort incommode et qui plusieurs fois a dû faire renoncer à l'emploi du moyen, c'est la toux : ordinairement par la résistance et la patience on peut vaincre cette toux, d'autres fois on ne le peut pas.

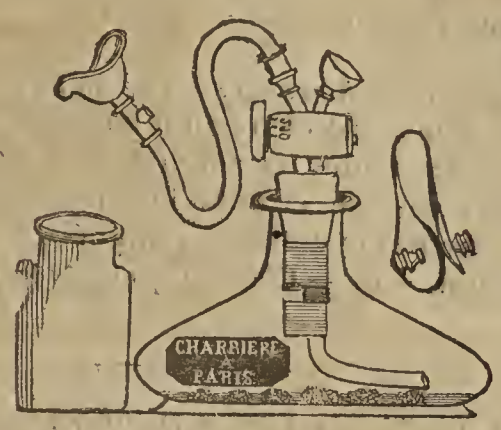
Quant au fait de l'insensibilité lui-même, il a aussi des caractères généraux et des caractères particuliers. On a comparé ce phénomène à celui de l'asphyxie et à celui de l'ivresse : ces deux comparaisons nous semblent inexactes. En prenant les cas les plus simples, les plus exempts de complication, il est impossible d'y voir de l'asphyxie : il n'y a aucune dyspnée, aucun embarras de la circulation ; et, quand le malade est revenu à lui, tout est fini. L'état de gaîté où il se trouve exclut même l'idée d'asphyxie. Ce qui caractérise, au contraire, l'asphyxie, c'est l'abord du sang noir au lieu de sang rouge dans les tissus, et par suite la lenteur et l'extinction graduelle des fonctions vitales : de là la lenteur nécessaire de la retraite de l'asphyxie. — Nous ne pouvons pas trouver davantage que le phénomène de l'éthérisation soit un phénomène d'ivresse. Ce qui caractérise l'ivresse, ou l'intoxication alcoolique, c'est l'agitation et le tremblement du système nerveux, c'est le trouble des idées : le sommeil et l'insensibilité n'y sont qu'accessoires, consécutifs, et quand l'ivresse est portée au plus haut point, à l'état pléthorique. Dans l'éthérisation le fait direct, principal, essentiel, celui autour duquel les autres ne font que se grouper, c'est le sommeil, c'est l'insensibilité. Qu'est-ce qu'un homme sommis à l'éthérisation? C'est un homme qui dort, qui rêve, et qui ne sent pas. Ce sommeil et ce rêve sont de la nature la plus gaie et la plus agréable : en se réveillant, les malades ne savent d'où ils viennent, mais ils sentent qu'ils sortent de l'état le plus doux, qui n'a rien de commun avec la torpeur de l'asphyxie ni avec le sommeil engourdissant de l'ivresse alcoolique On a cité des cas, très exceptionnels, où ce sommeil était fort pénible et fort douloureux, et où les malades, sans sentir la douleur de l'opération que l'on pratiquait sur eux, souffraient très réellement de quelque circonstance qui se rapportait à leurs habitudes ou à leurs occupations de vie ordinaire. — On a reproché au sommeil produit par l'éther de mettre les femmes dans un état hystérique fâcheux : cela est vrai, et l'un de nos plus honorables confrères, M. le docteur Amussat, a vu une jeune fille de dix-sept ans, de l'éducation la plus distinguée et des manières les plus modestes, entrer dans un état d'érotomanie affligeant.

A la suite de l'éthérisation, la plupart des sujets ne tardent pas à revenir à leur état normal : quelques-uns, mais un très petit nombre, ont eu le système nerveux plus ou moins fortement ébranlé, un sentiment de très grande fatigue, ou une très vive agitation nerveuse, ou une cruelle céphalalgie, ou même du délire. Les chirurgiens qui ont cité des phénomènes nerveux de mauvaise nature à la suite d'opérations faites sur des sujets éthérisés ne peuvent pas dire que ces mêmes phénomènes ne seraient pas survenus sans l'éthérisation.

Nous donnons plus loin, et avec le plus grand soin, l'état des discussions académiques au sujet des inhalations d'éther : on y verra que la controverse est engagée sur un grand nombre de points de physiologie et de thérapeutique, que les opinions particulières s'y croisent en un grand nombre de sens, et que la vivacité de la curiosité éveillée par de si étranges phénomènes n'a pas encore permis d'arriver à cette mesure d'expérimentation et à cette sagesse d'observation qui seules peuvent apporter une lumière complète dans une question aussi délicate et aussi difficile. Chacun veut apporter du sien chaque jour, chacun veut répondre à son voisin à sa manière. Chamfort s'écriait un jour à l'Académie française dans un moment de discussion orageuse : « Messieurs, si nous ne parlions que quatre à la fois, nous pourrions peut-être nous entendre. » Eh bien! nous pensons que si un moins grand nombre de personnes avaient expérimenté et parlé à la fois sur les inhalations d'éther, la question serait un peu plus avancée qu'elle ne l'est. La *furia francese* est une grande et belle chose qui a bien ses inconvénients ; heureusement que le bon sens français vient toujours à la suite.

A quoi tient la grande variété des résultats obtenus par les inhalations? 1° au plus ou moins grand degré de perfection des appareils, disent les uns : et pour preuve ils citent des malades qui n'ont pu d'abord être rendus insensibles au moyen de tel appareil et qui l'ont été quelques jours ou quelques heures plus tard avec tel autre ; 2° aux dispositions d'esprit du sujet soumis à l'expérience, selon d'autres : et pour preuve ils montrent des malades qui, avec le même appareil, ont été tel jour absolument réfractaires, tel autre jour parfaitement dociles à l'action stupéfiante de l'éther ; 3° selon d'autres encore, aux dispositions idiosyncrasiques des sujets. Pour cet agent thérapeutique comme pour tous les autres, il y a des sujets qui s'impressionnent vite, d'autres qui s'impressionnent lentement, ceux-ci qui s'impressionnent bien, ceux-là qui s'impressionnent mal. — Nous pensons que ces trois ordres de causes de la variété des résultats obtenus par les inhalations d'éther doivent être également admises ; nous pensons même qu'elles peuvent et qu'elles doivent se combiner les unes avec les autres. Ainsi, les premiers expérimentateurs américains avaient observé (et la lettre de M. Wells, que nous publions plus bas, en fournit la preuve) que la disposition d'esprit avec laquelle le sujet accepte l'expérience avait la plus grande influence sur le mode d'action de l'inhalation éthérée; que la personne qui se soumet tranquillement et avec confiance obtient plus vite et plus directement l'effet désiré, et que celle qui lutte et

qui craint n'a qu'un résultat plus ou moins troublé et accidenté. De même, il n'est pas douteux que, suivant le degré de perfection des appareils employés, suivant qu'on a laissé les malades expirer par le nez ou qu'on les en a empêchés, suivant que le tuyau d'inspiration a eu ou n'a pas eu le calibre convenable, suivant la capacité du vase qui contient l'éther, ou l'étendue de la surface qui l'exhale, etc., etc., l'expérience a eu des résultats plus ou moins satisfaisants. L'appareil imaginé par M. Charrière, dont nous donnons ici la figure, est jusqu'à présent celui qui a rendu l'expérience plus facile et plus sûre. Nous mettons en [illegible] le premier appareil employé à B[illegible] qui était un simple flacon sphérique à double [illegible], et l'appareil construit à Londres par [illegible] Robinson.



Ainsi qu'on le voit, le flacon contenant des morceaux d'éponge imbibés d'éther, ou même contenant l'éther seul, est à très large base et permet l'évaporation sur une grande surface. L'air atmosphérique, s'introduisant par le petit tube, arrive chargé de vapeur éthérée dans un conduit en cuir terminé par une embouchure. Celle-ci embrasse les lèvres et s'applique exactement sur la bouche pendant que les narines sont maintenues fermées à l'aide d'une petite pince à ressort. Un système de soupapes, situé près de l'extrémité libre du tube en cuir, permet d'inspirer les vapeurs éthérées et d'expirer l'air contenu dans la poitrine sans changer les rapports de l'embouchure du tube avec la bouche.

M. Bonnet (de Lyon) a proposé un appareil qui permettrait de respirer la vapeur éthérée par le nez et par la bouche en même temps; qui laisserait tomber l'éther goutte à goutte dans le récipient afin que l'évaporation s'en fît plus rapidement et plus complètement, et dont le tube d'aspiration eût la largeur de la trachée-artère, pour prévenir le sentiment de suffocation qui résulte de l'aspiration par un tube trop étroit.

Il est évident que les appareils se modifieront et se perfectionneront, et que le principal but vers lequel on doit tendre, c'est la simplicité.

Malgré le merveilleux des premiers essais, malgré les grands résultats déjà obtenus, il est clair que la question de l'éthérisation est seulement à l'étude. On sortira bientôt, nous l'espérons, de l'expérimentation confuse pour entrer dans les voies d'une sage et prudente application thérapeutique ; on déterminera les cas dans lesquels l'éthérisation devra être toujours employée (sauf l'état réfractaire des malades), tels que la réduction des luxations et des hernies, les grandes opérations chirurgicales dans lesquelles la douleur est une complication pour l'opérateur comme pour le patient ; on restreindra l'usage des inhalations éthérées dans les opérations où la douleur, cette sentinelle de l'organisme, est utile à l'opérateur pour l'avertir et lui servir de guide, et dans celles où la contractilité musculaire doit lui venir en aide pour pousser vers lui les organes qu'il veut atteindre. Les premières observations de M. Paul Dubois, communiquées à l'Académie de médecine dans sa séance du 23 février, tendraient à ne se servir de l'éthérisation dans les accouchements qu'avec la plus grande réserve ; et cela se conçoit, puisque, d'une part, l'insensibilité produite par l'éther est d'une très courte durée, et d'autre part que les douleurs de l'accouchement sont d'une durée indéterminée. Mais on conçoit également que certains excès de douleur, qui forment dans l'accouchement une véritable complication, pourront être supprimés, et que la complication pourra être ainsi écartée. — Quant aux applications à la chirurgie dentaire, il est probable qu'elles seront bien plus restreintes qu'on ne l'aurait cru d'abord. L'état passif dans lequel l'éthérisation laisse les mâchoires et le peu de durée du sommeil éthéré ôtent à l'opérateur beaucoup de ses avantages. Chez quelques patients même, la raideur des mâchoires devient positivement un obstacle. Quelques expériences exécutées sous nos yeux dans le cabinet du docteur Brewster, malgré la sûreté et l'habileté de la main de cet excellent opérateur, laissent encore à l'état de doute dans notre esprit les avantages *réels* de l'éthérisation pour la chirurgie dentaire. Nous ne parlons ici que de l'emploi usuel de la méthode ; car des exceptions particulières, il y en aura tant que l'on voudra.

La médecine n'a pas encore dit son mot sur l'éthérisation. Quelques accès de névralgie momentanément calmés ne sont pas une réponse. Il est évident que la médecine procédera avec beaucoup plus de réserve et de calme que la

chirurgie : de sa nature, elle y est obligée. Mais on peut espérer que certaines grandes douleurs, qui semblent par moments compromettre la vie elle-même, comme les coliques hépatiques ou néphrétiques, pourront trouver dans les inhalations éthérées un prompt secours et une solution. Dans ces cas et dans les analogues, si l'éther rompt tout-à-coup le spasme, il fera ce que fait alors la syncope qui suit la saignée, il abattra l'éréthisme des organes affectés et permettra à l'économie, au moins pour un temps, de rentrer dans le repos.

C'est donc à la sagesse et à la hardiesse combinées des praticiens qu'il faut faire appel pour connaître toutes les conditions d'application de l'éther respiré et pour le faire entrer dans la thérapeutique comme la saignée, le quinquina, l'opium, etc. — C'est ce que l'avenir décidera.

G.

M. Wells, dentiste à Hartford (Connecticut), en ce moment à Paris, paraît être le premier qui ait eu l'idée d'éteindre la sensibilité pour les opérations chirurgicales au moyen des inhalations gazeuses. Nous publions ici la lettre que M. Wells a adressée au *Galignani's Messenger* du 18 février 1847, ainsi qu'un article publié par le docteur Ellsworth dans le *Boston medical and surgical journal* de décembre 1846.

« Puisque vous avez récemment publié un extrait du *Boston medical and surgical journal* qui reconnaît que j'ai découvert les heureux effets de l'inhalation des gaz exhilarants pour la pratique des opérations chirurgicales, je vous adresse quelques idées à ce sujet :

» En raisonnant par analogie, je fus amené à penser que les opérations chirurgicales pourraient être pratiquées sans douleur par ce fait qu'un individu fortement excité par des causes ordinaires peut recevoir de graves blessures sans manifester la moindre douleur. Par exemple, l'homme engagé dans un combat peut avoir un membre séparé du reste du corps, et certifier qu'au moment même il n'a rien ressenti ; et l'homme qui se trouve sous l'influence de l'intoxication alcoolique peut être fort maltraité sans manifester de douleur, et son organisation semble alors tenir plus à la vie que dans les circonstances ordinaires. Les faits de cette nature m'amenèrent à rechercher si le même résultat ne suivrait pas l'inhalation de quelque gaz exhilarant, à la condition toutefois que les effets en seraient passagers et n'exerceraient aucune influence fâcheuse sur l'organisme. Je me procurai donc du gaz protoxyde d'azote, et je résolus de faire le premier essai sur moi-même en me faisant extraire une dent, ce qui eut lieu sans aucune sensation désagréable. Je pratiquai alors la même opération sur 12 ou 15 autres personnes, avec le même résultat : cela se passait en novembre 1844. Ayant ma résidence à Hartford (Connecticut), je me rendis à Boston le mois suivant (décembre) pour présenter ma découverte à la Faculté de médecine, et j'en fis d'abord part aux docteurs Warren, Hayward, Jackson et Morton : ces deux derniers publièrent plus tard la même idée sans faire mention de notre conférence. Depuis cette découverte, j'ai administré le protoxyde d'azote et la vapeur d'éther à environ 50 malades, mes opérations ayant été bornées à ce nombre par suite d'une longue maladie dont je fus atteint à mon retour de Boston chez moi, en janvier 1845. Les effets dépendent beaucoup de la disposition d'esprit du patient pendant l'inhalation du gaz ou de la vapeur. Si l'individu se soumet à l'expérience avec détermination pour subir une opération chirurgicale, il n'est nullement disposé à réagir par son système musculaire ; tandis que, dans d'autres circonstances, il semble impossible de contenir ses efforts qui prennent un caractère indomptable. Il est bon d'instruire le patient de ces faits avant que l'inhalation ne commence. Le tempérament et la constitution du sujet doivent être notés avant l'administration de la vapeur d'éther ; les personnes dont les poumons sont malades ne devront point être admises à respirer la vapeur, car de graves lésions en sont résultées dans ces cas. Le gaz protoxyde d'azote est beaucoup moins susceptible de faire mal et est plus agréable à respirer, en même temps qu'il produit également l'insensibilité à toute sensation douloureuse. Il peut être pris sans le moindre inconvénient par les personnes auxquelles l'éther donne un sentiment d'angoisse et de strangulation : je n'ai jamais vu ni connu par ouï dire un seul cas dans lequel il ait été le moins du monde fâcheux. La découverte dont il est aujourd'hui question ne consiste pas dans tel ou tel gaz déterminé ; car tout ce qui produit un certain degré d'excitation nerveuse suffit pour produire l'insensibilité à la douleur. Conséquemment, la seule question est de savoir quel est l'agent exhilarant le moins fâcheux. Moins il entrera d'air dans les poumons avec le gaz qui aura été choisi, plus le résultat de l'opération sera satisfaisant. Les sujets accoutumés à l'usage des boissons alcooliques ne reçoivent pas facilement l'impression des vapeurs excitantes. Dans les cas de luxation, le gaz exhilarant opère comme un charme : les muscles tombent dans le relâchement, et il ne faut qu'un très petit effort pour faire la réduction ; pendant l'opération, les muscles ne se contractent pas comme dans l'état naturel, mais sont aussi souples que sur un cadavre. Permettez-moi d'ajouter que je n'ai encore rien lu des relations et des discussions qui ont eu lieu à ce sujet. Je resterai à Paris jusqu'au 27 courant, et dans cet intervalle je me ferai un plaisir de communiquer tous les renseignements que peut m'avoir fournis une étude attentive des divers phénomènes qui se rapportent à cet intéressant sujet.

» Horace Wells. »

17 février.

Découverte des effets de l'éther sulfurique.

« Nous trouvons dans les journaux que les docteurs C.-T. Jackson et W.-T.-G. Morton ont fait une importante découverte qui a été brevetée. Pour rendre justice à un de nos compatriotes, je vais rapporter la vraie histoire de cette découverte. Le premier avis public en fut donné par moi, il y a plus d'un an, dans un article écrit pour établir cette doctrine que, dans la maladie, la puissance vitale est diminuée : je disais que, suivant toute probabilité, la douleur n'est qu'une sorte de dépression des nerfs sensitifs, et je donnais pour preuve que les stimulants, par leur action sur ce système et par leur rapport avec lui, devaient diminuer ou prévenir la douleur, et que les dentistes d'Hartford étaient dans l'habitude d'administrer le protoxyde d'azote afin d'extraire les dents sans que le patient en eût conscience. Le véritable inventeur de ce procédé est Horace Wells, dentiste de cette ville, qui en fit la première expérience sur lui-même. Quand il eut conçu l'idée du principe, il chercha pendant quelque temps lequel il devait employer du gaz protoxyde d'azote ou de l'éther, et donna la préférence au premier comme moins nuisible au système nerveux. Satisfait de ses essais, il vint à Boston dans la seule pensée d'en faire la communication à la Faculté de médecine. Il présenta son idée au docteur Warren, qui l'exposa à ses élèves ; mais la première expérience ayant en partie échoué et personne ne semblant vouloir venir en aide à l'auteur, celui-ci cessa ses efforts personnels de ce côté. Il fit particulièrement connaître sa découverte aux docteurs Jackson et Morton, dont ni l'un ni l'autre n'avaient l'idée de la chose en ce moment, et qui doivent en accorder entièrement le mérite à M. Wells. Nous lisons dans le journal que les docteurs Jackson et Morton appellent leur invention un composé particulier. Nous avons vu avec plaisir que l'éther sulfurique était un des ingrédients de ce composé ; car, à vrai dire, il ne faut rien autre chose pour produire l'effet désiré. Cette prétention laisse la chose dans le même état : l'éther, l'éther seul, est employé, et on pourra facilement juger quels droits les docteurs Jackson et Morton ont à ce privilége. S'ils avaient été les premiers à découvrir ce fait que quelque gaz peut produire l'insensibilité et qu'ils l'eussent fait connaître, ils mériteraient toutes les louanges. Ils ne l'ont pas fait, et ils n'ont pas rendu justice au véritable inventeur. Quel mérite y a-t-il à employer l'éther de préférence au gaz protoxyde d'azote ? certainement aucun ; car, sous le rapport en question, les propriétés des deux corps sont très semblables, et pendant des mois entiers j'ai supposé que les dentistes employaient indistinctement l'un et l'autre : l'idée d'accorder un privilége à quelqu'un pour employer l'un des deux gaz quand les effets de l'autre sont connus est une idée déplacée. Les expériences du docteur Wells ont été nombreuses et satisfaisantes. Un fait très intéressant, c'est que, quelque rebelle et intraitable que soit une personne qui respire le gaz pour une simple expérience, cette même personne devient parfaitement calme quand elle respire ce même gaz en vue d'une opération : parce qu'alors la disposition de l'esprit maîtrise la révolte du corps.

» Il est malheureusement trop vrai que le mystère est souvent nécessaire pour faire accepter par les gens du monde et même par les hommes de la profession une amélioration scientifique ; et, sous ce rapport, peut-être devons-nous des remercîments au docteur Morton qui a su fixer l'attention du public. Cependant nous devons reporter au docteur Wells l'honneur qu'il mérite pour sa découverte, pour les dépenses de temps et d'argent qu'elle lui a coûtées, et pour la noble manière dont il l'a présentée au monde. Nous espérons que d'autres gaz, d'autres substances capables d'exciter le système nerveux, pourront être expérimentés ; mais nous pensons qu'aucune de ces substances ne sera digne d'un privilége particulier, si ses effets sont les mêmes que ceux des gaz déjà expérimentés.

» P.-W. Ellsworth. »

Hartford, 9 déc. 1846.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique chirurgicale.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT.

Observation d'hydrocèle double traitée par l'injection iodée d'un côté et l'injection vineuse de l'autre.

Depuis que l'Académie de médecine s'est occupée des injections iodées substituées aux injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle, il n'est probablement aucun praticien chargé d'un service chirurgical important qui n'ait fait des essais comparatifs pour juger ces deux méthodes. Il était intéressant, avant de les livrer à la publicité, d'avoir un assez grand nombre de faits pour pouvoir apprécier avec connaissance de cause la valeur respective des deux traitements ; c'est cette raison qui m'avait empêché de publier une observation d'une hydrocèle double, opérée d'un côté par l'injection vineuse, de l'autre par l'iode ; je craignais qu'un fait isolé ne fût pas assez concluant, et j'espérais qu'une circonstance favorable me permettrait bientôt de répéter une expérience qui, je dois le dire, est complètement en faveur du traitement par l'iode. Mais cette observation offre une si grande analogie avec celle que vient de publier M. Bouisson dans le numéro de janvier du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, qu'il m'a paru intéressant de les rapprocher l'une de l'autre.

Est-ce parce que l'un de ces liquides contient de l'iode qu'il agit, ou parce que de l'al-

cool entre dans sa composition ? C'est une question que je n'ai pas l'intention de traiter ; pour le moment je livre le fait tel que je l'ai observé.

Obs. Le nommé Jean Miton, cultivateur, âgé de 63 ans, né à Brousse, département de l'Allier, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 20 mars 1846. Cet homme, d'une constitution assez forte, a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'affection vénérienne. Depuis trois ans il a vu se développer sans cause connue deux tumeurs au scrotum. Comme il n'éprouvait dans le principe aucune douleur, il ne chercha pas à s'en débarrasser, et, insouciant comme le sont tous les gens des campagnes lorsqu'il s'agit de leur santé, il attendit, pour réclamer les secours de l'art, que le mal eût fait assez de progrès pour gêner la marche et s'opposer à l'exercice des travaux auxquels il se livrait habituellement.

Ces tumeurs ont la grosseur du poing ; de même dimension et à peu près de même volume, elles sont pyriformes, sans changement de couleur à la peau et transparentes dans toute leur étendue ; il n'est pas possible de savoir si elles se sont formées en même temps ou si, au contraire, le développement de l'une a précédé celui de l'autre. Des deux côtés le testicule occupe la même place ; il est situé en haut et en arrière.

L'hydrocèle du côté droit fut ponctionnée la première ; il s'en écoula un demi-verre d'une sérosité claire et citrine. Une injection, faite avec une infusion vineuse de roses de Provins à une température de 40 degrés, donna bientôt à la tumeur la forme et le volume qu'elle avait avant l'opération ; elle resta en contact avec la tunique vaginale pendant cinq minutes et fut peu douloureuse pour le malade. Une ponction analogue fut faite du côté opposé ; elle donna issue à la même quantité de liquide. 100 grammes de teinture d'iode et d'eau tiède, dans la proportion d'une partie d'iode pour deux parties d'eau, furent injectés dans la tumeur. On chercha, en la malaxant, à mettre le liquide en contact avec tous les points de la membrane séreuse.

L'opéré ressentit promptement une douleur très vive qui s'étendit bientôt au cordon pour gagner de là la région lombaire correspondante. Ce résultat, auquel j'étais loin de m'attendre, me fit assez mal augurer de l'effet de cette seconde opération, et j'aurais pu croire, si j'eusse simplement tenu compte de l'intensité de la douleur, que l'inflammation aurait été beaucoup plus violente que du côté opposé (1). Il n'en fut rien. Cependant les deux bourses, au bout de 24 heures, s'étaient l'une et l'autre tuméfiées, mais d'une manière bien inégale : la droite était tendue, rouge, douloureuse au toucher, tandis que celle du côté opposé n'avait même pas acquis la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération. Au bout de trois semaines, le testicule du côté gauche se montrait à peu près dans son état normal, tandis que la tumeur du côté droit était encore, sinon douloureuse, au moins dure à la pression et encore assez volumineuse. Lorsqu'au bout de cinq semaines le malade quitta l'hôpital, la résolution était loin d'être achevée de ce côté. Le traitement auquel on avait eu recours avait été cependant fort actif ; car, indépendamment d'un régime sévère auquel le malade avait été astreint, on avait employé pendant tout le temps qu'il était resté à l'hôpital les demi-bains, des cataplasmes émollients, des boissons adoucissantes et un séjour prolongé au lit.

M. le professeur Velpeau a consigné dans ses leçons un fait qui est de nature à rassurer les praticiens sur la fréquence de la récidive ; c'est la tendance qu'a la tumeur à grossir après avoir perdu de son volume, à rester stationnaire et finir par disparaître complètement ensuite. J'ai pu, il y a quelques jours, vérifier l'exactitude de cette observation.

J'avais opéré, le 20 novembre dernier, un militaire attaché à la gendarmerie départementale du Puy-de-Dôme, d'une hydrocèle du côté gauche ; une injection iodée dans les proportions indiquées ci-dessus avait été pratiquée ; le contact du liquide avait été peu douloureux, l'inflammation légère, le gonflement peu développé. Au bout de vingt jours, la tumeur avait reparu, sans avoir repris cependant le volume qu'elle avait avant l'opération ; le liquide contenu dans la tunique vaginale était d'une transparence parfaite. Nul doute qu'avant d'avoir eu connaissance des observations faites par le professeur de la Charité, j'aurais cru à une récidive et j'aurais peut-être pratiqué une seconde opération. Au bout de vingt-sept jours, le malade quitta l'hôpital, et je lui recommandai de venir me revoir dans trois semaines ou un mois. Lors-

(1) L'opinion qui a été émise par quelques praticiens, que l'inflammation est d'autant plus vive que la douleur a été plus intense au moment de l'opération, reçoit tous les jours de nouveaux démentis. J'ai pratiqué il y a deux ans, pour guérir une hydrocèle simple, une injection vineuse à un monsieur doué d'une susceptibilité nerveuse extrême. Je craignais tellement pour lui l'effet d'une douleur trop aiguë, que j'hésitais à tenter la cure radicale ; les douleurs qu'il ressentit pendant l'opération furent si légères que je craignis que l'inflammation ne fût pas assez vive pour déterminer l'adhérence des deux feuillets de la séreuse, et j'eus recours à une seconde injection en employant cette fois un liquide dont la température fût beaucoup plus élevée. L'effet immédiat fut à peu près le même, et cependant l'inflammation qui survint fut assez intense pour provoquer la formation de deux abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quelques mois après, une opération analogue fut pratiquée à une personne du même âge. Le contact du liquide fut suivi de douleurs tellement vives que je n'osai pas recourir à une seconde injection. L'inflammation qui suivit l'opération fut si légère néanmoins que le malade ne garda même pas le lit et qu'il ne survint pas la plus légère tuméfaction au scrotum. Je m'attendais à une récidive qui cependant n'a pas eu lieu jusqu'à présent.

que j'examinai la tumeur dans les premiers jours de janvier, la résorption était complète; il ne restait plus aucunes traces de liquide dans la tunique vaginale.

Un phénomène analogue s'observe du reste à la suite des épanchements consécutifs, à une inflammation du testicule ou de l'épididyme.

J'avais souvent remarqué qu'à la suite de l'orchite blennorrhagique, lorsqu'il se fait un épanchement dans la tunique vaginale, le liquide qui y est contenu offre quelquefois une transparence analogue à celle que l'on voit dans l'hydrocèle; ce fait m'avait surtout frappé chez un militaire en garnison à Clermont, traité à l'Hôtel-Dieu de cette ville pour une épididymite blennorrhagique. Le liquide épanché était très abondant et d'une transparence telle que je croyais à l'existence d'une hydrocèle antérieure à la gonorrhée, qui aurait été méconnue par le malade. Il m'assurait cependant que le testicule de ce côté n'avait jamais été plus volumineux que celui du côté opposé. La question était d'une solution facile: il ne s'agissait que d'attendre la résolution de l'orchite. Nous eûmes bientôt la preuve de l'exactitude du rapport qu'il nous avait fait: le liquide fut complètement résorbé et les parties malades revinrent à leur état normal.

Les différences de variétés qui existent dans la nature des liquides épanchés doivent se rattacher aux divers degrés de l'inflammation: si elle est légère, il y a simplement augmentation dans la sécrétion normale, hypérémie de la séreuse dont les produits exhalés ne changent point; si elle est plus vive, au contraire, le liquide est opaque et parsemé de flocons albumineux qui en troublent la transparence.

Le même effet doit s'observer à la suite d'une inflammation provoquée par l'art.

La conclusion à déduire de ces faits, c'est que l'irritation produite par une injection iodée, sans être aussi intense que celle que détermine une injection vineuse, suffit cependant pour déterminer l'adhérence des feuillets de la séreuse: de là, résolution plus prompte et guérison plus rapide.

FLEURY,
Professeur de clinique chirurgicale
à l'École préparatoire de Clermont.

II. Clinique d'accouchements.

M. PAUL DUBOIS.

Des inhalations d'éther dans la pratique obstétricale.

Les inhalations d'éther sont-elles applicables dans la pratique des accouchements? Cette question a été l'objet de quelques essais et considérations dont le professeur de la clinique d'accouchements a fait les premières confidences au nombreux auditoire qui se presse à ses leçons. Il a ensuite annoncé qu'il préparait un travail qui devait faire l'objet d'une lecture académique, laquelle s'est trouvée ajournée par suite de l'abondance des travaux de la docte assemblée. Mieux eût valu peut-être, pour offrir quelque chose de complet à nos lecteurs, attendre la publication officielle de cette suite des recherches de M. P. Dubois. Mais il nous eût fallu probablement attendre au prochain numéro, et l'attention est aujourd'hui si vivement préoccupée de cette grande question, que nous préférons offrir des résultats, incomplets il est vrai, mais qui ne sont pas sans valeur. S'il fallait, d'ailleurs, attendre, pour parler des inhalations de l'éther, que l'on fût arrivé à quelque chose de parfaitement positif et incontestable, il faudrait se taire encore pendant longtemps peut-être.

On peut déjà *à priori* se faire une idée assez rationnelle de l'opportunité de l'application des inhalations d'éther dans la pratique obstétricale en se rappelant le rôle du médecin auprès d'une femme en couches. Ce rôle se borne, dans l'immense majorité des cas, à être spectateur attentif, mais à peu près passif, d'un travail long et essentiellement douloureux de sa nature. Évidemment on ne saurait espérer d'éviter toute douleur à la femme au moyen de l'inhalation éthérée. L'insensibilité produite par cette dernière est de trop courte durée relativement à la longueur du travail; ou bien il faudrait réitérer plusieurs fois l'inhalation. Tout au plus pourrait-on espérer de supprimer les douleurs les plus insupportables, celles qui résultent du passage de la tête d'abord par l'orifice utérin, celles qui résultent ensuite de son expulsion définitive du vagin. C'est en effet ce qui a été tenté et avec assez de succès; mais on agit alors presque au hasard; car comment calculer mathématiquement l'instant où commencent les dernières douleurs et proportionner à leur durée si variable celle de l'insensibilité artificielle produite par l'éther, si variable également dans sa durée? Toutefois ne désespérons pas de l'avenir. On a déjà plus obtenu sur ce point qu'on n'eût d'abord espéré.

Mais il y avait auparavant quelques questions préalables à résoudre, celle de l'influence des inhalations éthérées sur les contractions utérines, sur le fœtus lui-même, etc.

Partant de ce fait d'observation, qu'après un accès d'éclampsie, alors que la femme est tombée dans une sorte de résolution et de torpeur, les contractions utérines, celles des muscles abdominaux même, ne cessent pas, M. P. Dubois avait prévu que l'insensibilité produite par l'inhalation éthérée ne supprimerait pas davantage les efforts involontaires d'expulsion auxquels la femme est livrée. Les résulats ont justifié ses prévisions. Dans les essais que l'on a tentés pendant le cours du travail, on a manifestement senti les contractions utérines se continuer.

Une difficulté s'est d'abord présentée dans l'application du moyen, et on se l'est sans doute exagérée. Dans les dernières douleurs, la femme est en proie à une agitation telle qu'il paraissait presque impossible d'appliquer l'appareil. Et, en effet, une des premières femmes

chez lesquelles on en a tenté l'essai pendant la dernière période du travail repoussait à chaque douleur l'appareil ou bien s'en éloignait. On a été obligé d'y renoncer chez elle. On n'a également, par la même raison, obtenu aucun résultat chez une autre femme, mais on a été plus heureux dans les expériences suivantes.

Autre question. On sait qu'il existe chez les femmes enceintes ou en travail une très grande tolérance pour les médicaments, par exemple pour l'opium. Serait-il dès lors aussi facile de produire chez elles l'ébriété éthérée que chez les autres individus? L'expérience a paru d'abord répondre négativement. Chez une femme enceinte l'expérience a dû être prolongée fort longtemps : elle a produit un moment d'insensibilité très réel, mais aussi très court. Mais chez d'autres femmes en travail il n'a pas fallu sensiblement plus de temps que chez les individus qui sont hors des conditions de la puerpéralité. Or, on en voit, parmi ces derniers, qui sont très longtemps réfractaires aux effets de l'inhalation éthérée.

Il y avait à se demander enfin si l'inhalation éthérée ne produirait pas une influence fâcheuse quelconque tant sur la mère que sur le fœtus qui contrebalancerait les avantages que l'on en espérerait. Relativement à la femme, les effets observés, à notre connaissance, ont été ceux que l'on voit chez tous les individus en général. Le plus commun a été une sorte d'ébriété qui a si bien réveillé les souvenirs d'une des femmes enceintes soumises à l'inhalation éthérée, qu'elle s'est écriée : Mais je suis toute *pocharde!* Il s'est trouvé d'un autre côté des femmes enceintes qui n'ont pu supporter l'expérimentation. L'une d'elles se plaignait de suffocation. Il faut peut-être aussi faire la part de la répugnance des individus à se prêter à cet essai, surtout lorsqu'il n'est motivé que par la curiosité de l'expérimentateur. Dans les premières expériences, celles qui ont été faites avant le 2 février, le pouls est devenu plus ample, mais il n'a pas augmenté de fréquence. Relativement au fœtus, on n'a pas observé que la circulation en souffrît. Une seule femme a déclaré que l'enfant remuait beaucoup. Il ne faut pas s'étonner de voir les individus accuser des sensations pendant l'ébriété éthérée. Celle-ci ne leur ôte point toujours toute connaissance, et de la sensibilité elle ne leur retranche quelquefois que l'aptitude à percevoir ce qu'il y a de douloureux dans les sensations.

Nous terminerons ces notions préliminaires, sur les premiers résultats obtenus avec l'inhalation éthérée, par deux courtes observations communiquées verbalement par M. P. Dubois à son auditoire. Les faits se sont passés à la Maternité. Le premier est relatif à une femme en travail qui était en proie à des douleurs extrêmement vives. On la soumit aux inhalations d'éther jusqu'à perte de connaissance et de sentiment. A ce moment, il survint une agitation très grande des mains; la malade se leva sur son séant. Un violent raptus sanguin se manifesta vers le cerveau : la face rougit subitement. L'injection des conjonctives était telle qu'on eût cru que le sang allait en jaillir. Bientôt la lèvre inférieure s'abaissa; tout simulait les prodromes d'une attaque d'épilepsie. Pendant ce temps, l'utérus se contracta manifestement deux fois, probablement même davantage; mais l'attention dirigée sur plusieurs points à la fois ne put les constater. Cet état d'insensibilité, pendant lequel la femme ne manifesta aucune souffrance, ne fut d'ailleurs pas de longue durée. Elle reprit connaissance, et les douleurs reparurent avec la même intensité qu'auparavant. Pendant que cette femme était sous l'influence de l'inhalation éthérée, les battements du fœtus montèrent à 160; au bout de dix minutes ils descendirent à 140 et revinrent plus tard à 130. L'accouchement s'est d'ailleurs bien terminé.

On voit, d'après l'observation qui précède, que pendant le cours d'un accouchement naturel il n'y a guère lieu d'avoir recours à l'inhalation éthérée, à moins de saisir juste le moment des dernières douleurs. Nous avons appris que, dans un cas où l'on est tombé sur ce moment propice, l'accouchement s'est en effet terminé sans douleur. On a eu en même temps l'occasion de vérifier un fait qui n'est pas sans importance et qui pourrait fournir matière à des indications spéciales. L'inhalation éthérée, qui n'a aucune prise sur les contractions de l'utérus ni sur celles des muscles abdominaux, en a au contraire une fort grande sur le périnée, ce qui se conçoit bien, la résistance de ce dernier venant principalement de la douleur causée par le passage de la tête. Les muscles du périnée étant donc en quelque sorte paralysés, l'expulsion se fait plus rapidement et avec des chances moindres de déchirures. Si des observations ultérieures viennent à confirmer ce fait, l'inhalation éthérée aurait à la fin du travail des avantages qui n'ont pu être prévus à priori. Elle serait surtout indiquée lorsque la prolongation de ce dernier tient à une résistance insolite du périnée.

Lorsque l'accoucheur est appelé à sortir de l'expectation attentive pour intervenir activement, lorsqu'il devient chirurgien, il peut trouver dans l'inhalation éthérée un auxiliaire puissant comme dans toutes les autres manœuvres opératoires. Déjà, dans sa première leçon, M. P. Dubois avait annoncé qu'il ne concevait guère l'introduction de ce moyen dans le domaine obstétrical que pour les cas où il y a à pratiquer des opérations régulières, par exemple ceux d'application du forceps. Un cas de ce genre s'est présenté à lui quelques jours après. Il y avait le 5 février à la Maternité une femme en travail dont les contractions étaient suspendues. L'ergot de seigle ne produisit pas l'effet désiré; la malade n'avait que des douleurs de reins. On attendit cependant, et il se manifesta des contractions utérines à la faveur desquelles la tête franchit le col. Mais le travail redevint languissant et l'on dut faire l'application du forceps. La femme fut d'a-

bord soumise à l'inhalation éthérée qui, en trois minutes, la jeta dans un état d'insensibilité telle qu'elle ne sentait plus les pincements. Cependant l'introduction de la première branche détermina un rapprochement violent des cuisses. On reprit l'inhalation éthérée, puis on introduisit la seconde branche du forceps qui ne fut pas sentie. Il survint alors des contractions utérines qui nécessitèrent des tâtonnements assez prolongés pendant lesquels la femme n'accusa pas la moindre souffrance. Néanmoins on put bientôt extraire l'enfant, ce qui fut fait sans la moindre déchirure du périnée, quoique la femme fût primipare. L'enfant cria aussitôt après ; le cordon battait 160 fois par minute. La femme, revenue à elle, déclara qu'elle n'avait pas perdu connaissance entière, qu'elle se sentait accoucher, mais qu'elle n'avait pas souffert. Cette absence inespérée de douleur au moment de l'expulsion du fœtus lui fit trouver bien vives celles qui accompagnèrent ensuite la délivrance (1).

Hémorrhagie par le tubercule ombilical six jours après la chute du cordon.

C'est là un accident très grave, mortel dans la majorité des cas, et dont cependant les traités d'accouchements ne font pas la moindre mention, même les plus récents. Les considérations dans lesquelles M. P. Dubois est entré, à propos d'un cas de ce genre qui s'est présenté dans sa pratique particulière, comblent une véritable lacune, dont peu de personnes s'étaient encore aperçues, parce que cette hémorrhagie est heureusement fort rare. Mais qui peut se flatter de n'en jamais rencontrer une pareille ?

Nous ne nous arrêterons guère à l'hémorrhagie par le cordon lui-même, provenant ou de ce qu'on a négligé de le lier, ou de ce qu'on l'a mal lié. Cet accident n'est pas aussi rare que le prétendent les auteurs, et récemment M. Paul Dubois en a observé un cas dans des circonstances qui ont rendu cet évènement encore plus affligeant. Il fut appelé pour une femme enceinte de huit mois et demi et atteinte d'une hémorrhagie grave par insertion anomale du placenta. Il opéra la rupture artificielle des membranes, moyen pratiqué avec succès par les anciens accoucheurs, mal à propos oublié par les modernes, et que M. P. Dubois cherche à réintroduire dans la pratique des accouchements. Il a pour effet presque constant d'arrêter l'hémorrhagie dans un très court espace de temps et de provoquer une expulsion prompte du fœtus, et c'est ce qui eut lieu dans cette circonstance. L'enfant naquit vivant et fut confié à la surveillance du médecin ordinaire, M. P. Dubois ayant eu à s'absenter. Celui-ci revint quelques heures après ; l'enfant venait à l'instant même d'expirer par suite d'une hémorrhagie du cordon qui avait été mal lié.

Revenons à l'hémorrhagie consécutive par la cicatrice ombilicale. Lorsque le cordon a été bien lié, il se flétrit et se détache au point où cesse la peau du fœtus, à un centimètre de l'abdomen. Il laisse à cet endroit un tubercule rougeâtre contenant les vaisseaux ombilicaux. Un peu plus tard, ce tubercule se déprime, s'enfonce, et la peau forme autour de lui un petit repli. L'oblitération des vaisseaux a lieu dans l'immense majorité des cas ; mais elle peut aussi ne pas s'opérer ; l'hémorrhagie qui se fait alors est presque toujours mortelle, d'autant plus que jusqu'à ce jour on s'est presque toujours trouvé désarmé en face de ce redoutable accident.

Obs. Une dame étrangère est accouchée à Paris, le 21 janvier dernier, d'un enfant délicat, mais vivace. On lia le cordon ombilical, qui se détacha au bout de cinq jours sans aucun accident. Cependant, six jours après la chute du cordon, le onzième jour après la naissance, on s'aperçut que le petit tubercule ombilical saignait un peu. On se borna d'abord à y appliquer un linge qui se trouva bientôt imbibé ; on vit alors que le sang sortait en nappe. Le médecin qui avait fait l'accouchement appliqua sur le lieu de l'hémorrhagie de l'agaric avec de la colophane et fit faire par dessus une légère compression. Mais l'enfant continua à perdre du sang le reste de la journée. Le soir, le médecin cautérisa avec le nitrate d'argent. Cependant l'hémorrhagie continua. On appliqua de la glace qui n'arrêta que momentanément le sang. M. P. Dubois fut appelé le soir du même jour fort tard. Il trouva l'enfant très affaibli. Le petit tubercule saignait en suintant par sa partie inférieure. On essaya de nouveau la cautérisation, l'agaric avec la colophane et la compression avec un doigt, mais toujours sans succès. Quelqu'un apporta de l'eau de Brocchieri. M. P. Dubois, quoiqu'il n'eût aucune confiance en ce moyen, laissa faire ; et, en effet, l'eau prétendue hémostatique n'arrêta pas l'hémorrhagie au delà de quelques instants. C'était peut-être le cas de tenter la cautérisation avec le fer rouge : mais M. P. Dubois n'avait pas ce moyen à sa portée. Il crut, d'ailleurs, préférable d'employer le suivant, qui lui vint tout-à-coup à l'esprit.

Le petit tubercule saignant fut traversé avec une épingle, juste à sa base. Il fut alors possible de faire une ligature sous l'épingle ; cette ligature fut faite double. Néanmoins le sang reparut dix minutes ou un quart d'heure après l'accident, ce qui tenait à ce que la ligature n'allait pas assez loin. L'épingle fut alors soulevée avec le tubercule, et la ligature comprit ce dernier tout entier, notamment la portion

(1) Cet article était sous presse lorsque M. P. Dubois a fait à l'Académie de médecine, séance du 23 février, la communication qu'il promettait depuis longtemps. Il ne nous paraît avoir ajouté dans ce travail rien de nouveau à ce qu'il avait dit dans ses leçons. Mais il s'est tenu aux conclusions dans une réserve qui a fait dire à deux de ses collègues que ces conclusions ne sont pas bien d'accord avec les prémisses. Nous reviendrons sur ce sujet en rendant prochainement compte de la séance dans laquelle M. P. Dubois a fait sa lecture.

de peau qui entourait la base du cordon. Cette ligature fut faite avec une rosette. L'enfant cria fort, mais ce ne fut que pour un instant. Cependant, quelques minutes après, il sortit encore un peu de sang ; mais on s'aperçut que la ligature n'était pas assez serrée. La rosette fut dénouée et serrée davantage. Dès lors l'hémorrhagie cessa définitivement. Quinze jours après, elle ne s'était pas renouvelée. La ligature avait été enlevée le 8 février avant la section complète des parties. Toutefois M. P. Dubois a annoncé qu'il attendait encore leur chute avec quelque anxiété.

M. P. Dubois a fait, en cette circonstance, ce que les auteurs recommandent d'éviter avec grand soin, la ligature de tout le bourrelet ombilical. Mais il se trouvait alors dans un cas tout exceptionnel, qu'ils n'ont point rencontré dans leur pratique, auquel ils n'ont pas même pensé ; encore, en eussent-ils prévu la possibilité, qu'ils se fussent sans doute bornés à dire, au sujet de cette hémorrhagie consécutive, ce qu'ils ont dit de celle qui résulterait de l'arrachement du cordon à son insertion abdominale, au moment de l'expulsion de l'enfant : Gardez-vous bien de porter une ligature sur le bourrelet ombilical ; il suffit, pour arrêter ou prévenir l'hémorrhagie, de tamponner convenablement la dépression ombilicale avec de petits fragments d'agaric, des boulettes de charpie ou de linge usé, et de maintenir par un bandage approprié une compression suffisante (Jacquemier, *Manuel d'accouchements*, 1846). Et dans ces conditions, en effet, après l'arrachement violent et subit des vaisseaux ombilicaux au moment de l'accouchement, ces moyens peuvent suffire et doivent être tentés avant tout. Mais on a vu combien ils étaient insuffisants dans l'hémorrhagie consécutive et spontanée plusieurs jours après la naissance.

La ligature de la peau chez les enfants n'est pas sans inconvénients ; elle expose à l'érysipèle. Mais dans la circonstance actuelle, où la mort était imminente, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. On s'est d'ailleurs exagéré les dangers de la ligature de la peau des nouveau-nés ; l'érysipèle est loin d'en être la conséquence inévitable. Il n'y a pas longtemps encore, M. Paul Dubois a traité par la ligature une tumeur érectile volumineuse chez un petit enfant ; cette ligature comprit une notable quantité de peau, et cependant il n'y eut point d'érysipèle. M. le professeur Cloquet, qu'il avait consulté avant de tenter cette opération, lui avait d'ailleurs déclaré ne pas partager les craintes des auteurs à cet égard.

Rétrécissement considérable du bassin chez une primipare. — Accouchement spontané avant terme. — De l'accouchement prématuré artificiel.

Il est entré à la Clinique, dans les premiers jours de décembre 1846, une jeune femme remarquable par la petitesse de sa stature et la conformation vicieuse de son squelette. Elle avait une forte incurvation de la colonne vertébrale à droite, et une dépression correspondante à gauche. La petitesse de la taille dépendait aussi de la brièveté des fémurs et de leur incurvation. Les jambes avaient à peu près leur développement régulier, quoique infléchies aussi comme les fémurs. Il y avait dès lors à supposer que le bassin se trouvait à la fois déformé et rétréci. Le diamètre sacro-pubien ne présentait, en effet, que 75 à 76 millimètres au lieu de 108 qu'il doit avoir. Cette circonstance fit naître dans l'esprit de M. Dubois la pensée d'avoir recours à l'accouchement prématuré artificiel ; mais comme cette femme n'était guère qu'au sixième mois de sa grossesse, la question fut réservée.

Au commencement de janvier, cette femme eut quelques douleurs de reins et de ventre qui s'annonçaient comme les prodromes d'un travail prochain. Et, en effet, elle accoucha prématurément le 7 janvier, après 19 heures de travail, d'un enfant faible, mais vivant et pesant 2020 grammes. Si l'on ajoute foi au rapport de cette femme, qui d'ailleurs n'avait aucun intérêt à tromper, il est aisé de fixer au juste l'époque de cet accouchement avant terme. Elle assurait n'avoir jamais eu de rapports avec un homme qu'une fois dans sa vie, le 20 mai 1846. Elle se serait, d'après cela, trouvée à terme vers le 20 février ; elle a donc accouché prématurément vers sept mois et demi.

M. P. Dubois, avant que la nature se chargeât de la solution de cette question, était fort indécis sur ce qu'il avait à faire, et cela d'après des motifs que nous allons le laisser exposer lui-même. Toutefois, il s'était presque décidé à provoquer artificiellement l'accouchement le 20 janvier suivant.

Mais cette terminaison naturelle et avant terme, qui suppléait si bien aux moyens de l'art, est venue jeter de nouveaux doutes dans son esprit sur l'opportunité de l'accouchement prématuré artificiel dans des circonstances analogues. Dans ces derniers temps, la question a presque toujours été résolue affirmativement. Mais les anciens accoucheurs l'avaient au contraire à peu près résolue par la négative, et ils en avaient donné des raisons qui pèsent encore aujourd'hui de toute leur force dans la balance. Voici les principaux de leurs motifs. Le premier était que la pratique de l'accouchement prématuré artificiel était difficile à justifier hors les cas où l'impossibilité des accouchements antérieurs en faisait une nécessité. Dans l'espèce, la primiparité de la femme dont nous avons rapporté le cas faisait la principale difficulté de la question ; ce n'en eût plus été une si cette femme eût eu des accouchements antérieurs excessivement difficiles et périlleux.

Une seconde de leurs raisons, c'est que l'accouchement prématuré artificiel est de plus difficile application chez les femmes primipares que chez les multipares. Chez les premières, le col de l'utérus se prête moins bien aux

dilatations artificielles. Ils craignaient, d'ailleurs, de compromettre à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant.

Une autre de leurs raisons, c'est qu'il n'est pas aisé de prévoir l'impossibilité de l'accouchement, même dans les cas où il y a entre 75 et 90 millimètres au diamètre sacro-pubien. Assez souvent encore, dans ces fâcheuses circonstances, l'accouchement se fait spontanément, on ne sait trop comment, la nature semblant alors se rire des obstacles prétendus insurmontables que les auteurs lui opposent. M. P. Dubois donne à cet égard une explication qu'il puise dans l'anatomie comparée. On sait que, dans les espèces inférieures, la symphyse pubienne, au lieu de se trouver vis-à-vis du promontoire, est située beaucoup plus bas. La même disposition n'existerait-elle pas dans certains bassins mal conformés et rétrécis de l'espèce humaine? Quoi qu'il en soit de cette explication, les cas d'accouchements spontanés, dans des circonstances où l'art les déclarait mécaniquement impossibles par les seules forces maternelles, n'en sont pas moins très multipliés. Il n'est d'ailleurs pas d'accoucheur un peu répandu qui n'en ait observé par lui-même N'a-t-on pas vu le travail se terminer spontanément, alors que l'opération césarienne avait été jugée nécessaire? Il y a même plus : un accouchement antérieur qui n'aurait été que difficile, s'il s'était d'ailleurs heureusement terminé naturellement ou à l'aide du forceps, ne serait peut-être pas une raison suffisante pour provoquer l'accouchement artificiel à une grossesse subséquente. C'est au moins ce qui résulterait du fait suivant, que M. P. Dubois a rapporté. Il fut appelé auprès d'une femme en travail dont le diamètre sacro-pubien n'offrait, s'il nous souvient bien de ses paroles, guère que 80 millimètres. Il fit avec le forceps l'extraction d'un enfant qui portait une dépression à l'un des pariétaux. Cet enfant a bien vécu depuis. M. P. Dubois fit observer à la famille que, dans le cas d'une nouvelle grossesse, pour éviter les dangers d'un accouchement artificiel, il y aurait lieu de penser à le provoquer avant terme, dans l'intérêt tant de la mère que de l'enfant. Mais à la grossesse suivante on ne tint pas compte de ses avis et on laissa la grossesse arriver à son terme. La femme accoucha spontanément d'un enfant portant encore une dépression à l'un des pariétaux, qui a vécu et vit encore comme le premier. On en tint encore moins compte aux deux ou trois grossesses suivantes, qui toutes se terminèrent naturellement par la naissance d'enfants portant également une dépression à l'un des pariétaux, et qui ont fort bien vécu. De tels faits justifient fort bien la réserve des anciens.

Un dernier motif, enfin, qui milite encore en faveur de l'expectation, c'est ce fait d'observation, que les accouchements spontanés avant terme sont plus fréquents chez les femmes à bassin rétréci que chez les femmes bien conformées. Cela se conçoit : le bassin s'oppose au libre développement de l'utérus, ce qui expose ce dernier à entrer prématurément en action.

Néanmoins, comme il faut en définitive prendre un parti, M. P. Dubois a déclaré que, dans le cas où le col de l'utérus serait dilaté ou aisément dilatable, et déjà effacé, il n'hésiterait pas à provoquer l'accouchement prématuré; dans le cas contraire, il hésiterait.

Nous avons dit que, quelques jours avant la terminaison spontanée de la grossesse de la femme qui a été l'occasion de ces réflexions, M. P. Dubois s'était arrêté au parti de le provoquer. Quelle était l'époque la plus favorable pour cette opération? 75 millimètres d'étendue au diamètre sacro-pubien, c'est à peu près la dimension du diamètre bipariétal chez un enfant entre 7 mois et demi et huit mois. La provocation artificielle de l'accouchement avait été fixée vers le 20 janvier. Le diamètre bipariétal aurait eu alors environ 80 millimètres. Mais la réductibilité de la tête aurait sans doute fait gagner quelque chose.

M. P. Dubois s'est ensuite livré à quelques considérations sur les moyens à employer pour provoquer artificiellement l'accouchement. Ces moyens se sont beaucoup multipliés dans ces derniers temps, où cette pratique a pris une extension véritablement effrayante en Allemagne et en Angleterre, à Edimbourg surtout, extension que l'on peut à bon droit qualifier d'abusive. Nous nous bornerons à dire que le moyen préféré par M. Dubois est l'éponge préparée à la ficelle, que l'on introduit dans l'orifice utérin. Mais il ne partage pas, sur son mode d'action, l'opinion généralement reçue parmi les accoucheurs. Ceux-ci croient que l'éponge agit en irritant et en dilatant, mais surtout en dilatant. M. P. Dubois croit qu'elle agit surtout par l'irritation qu'elle provoque. D'ailleurs, la dilatation a surtout lieu, selon lui, dans la partie de l'éponge qui est située au-dessous de l'orifice.

Un accoucheur prussien a proposé un autre moyen dont il a pris l'idée à la Maternité de Paris. M. P. Dubois lui ayant fait remarquer que le tamponnement appliqué dans les cas d'hémorrhagie par insertion anormale du placenta a pour effet presque constant de déterminer des contractions expulsives, ce fut pour lui un trait de lumière. Mais il ne réfléchit pas que dans cette circonstance le tamponnement agit surtout en faisant refluer le sang vers l'utérus; celui-ci, irrité par le contact du sang, entre alors en contraction. Le tamponnement simple, proposé par cet accoucheur étranger pour provoquer l'accouchement, a été cependant employé avec succès hors les cas d'hémorrhagie. Mais il a quelquefois échoué, et dans tous les cas il n'a agi que très tardivement, au bout de sept ou huit jours. En somme, ce procédé ne vaut pas celui de l'éponge préparée.

Médecine pratique.

IV. De l'emploi de l'eau froide considéré dans ses rapports avec la physiologie et la thérapeutique.

L'histoire de la thérapeutique nous offre un phénomène qui se reproduit à des époques pour ainsi dire périodiques ; c'est celui de la vogue dont, sous l'empire de certaines circonstances, jouit tel ou tel médicament. L'enthousiasme et la crédulité sont de puissants auxiliaires pour propager la foi en certains remèdes, et l'autorité de la science et de l'observation n'apporte souvent que de tardives lumières à la raison qui veut s'éclairer.

Loin de moi cependant l'idée que la réputation faite dans ces derniers temps à l'hydrothérapie ne soit pas méritée ; je ne veux faire allusion qu'à la manière dont ici encore on a exploité d'honorables tentatives et d'incontestables succès, et à la nécessité d'apporter dans l'examen d'une question aussi importante une science plus sincère et une observation plus réfléchie.

Tout le monde sait que le mouvement thérapeutique qui travaille aujourd'hui l'Allemagne, et qui semble vouloir s'étendre à la France, a pris naissance dans les montagnes de la Silésie. Un simple paysan, dont on ne cherche pas à cacher l'ignorance, serait, au dire de plusieurs, l'auteur d'un mode de guérison devant offrir à tous les maux futurs une panacée universelle. Ce que nous disons ici de l'humble origine et des connaissances de Priesnitz n'est certes pas pour infirmer la valeur de sa méthode curative. Nous sommes prêt à l'accepter dans ce qu'elle a de bon et de pratique, et nous sommes tout disposé à reconnaître la sagacité avec laquelle cet hydropathe a souvent employé l'eau froide; mais nous ne manquerons pas aussi de signaler les nombreux inconvénients d'une méthode qui a été portée jusqu'aux dernières limites de l'ignorance et de la témérité. Si le titre de la nouveauté se gagne à de pareilles conditions, il est incontestablement acquis dans ce cas; mais on nous permettra aussi de douter que la méthode soit tout-à-fait nouvelle; et l'on nous saura gré de la rattacher, telle qu'elle est, aux enseignements que tant d'illustres médecins nous ont légués sur les avantages et les inconvénients de la balnéotechnie.

Cependant, nous serons juste envers tout le monde, et nous constaterons qu'il a été donné à notre siècle de faire, avec l'eau froide, des applications vraiment utiles. Les nombreux instituts hydrothérapiques élevés en Allemagne ont permis aux esprits impartiaux de fixer, sur plusieurs points, la valeur de l'expérimentation. D'un autre côté, les faits nombreux recueillis, les ouvrages importants publiés sur la matière, ont fait sortir beaucoup de médecins de leur indifférence pour un moyen que la nature a mis, pour ainsi dire, à la disposition de tous.

Mais pourquoi faut-il encore que l'enthousiasme irréfléchi de quelques malades, et je dirai aussi de quelques médecins, vienne jeter d'avance sur ces études une espèce de défaveur, et qu'il soit nécessaire de s'armer d'un certain courage pour parler d'un sujet qui a déjà excité tant et de si stériles débats ? Que l'on me permette donc, à ce propos, de dire en peu de mots ce qui m'a déterminé à confier à la presse médicale les études que j'ai pu faire sur cette matière.

Dans un voyage scientifique de deux années accompli dans les principaux États de l'Europe, j'ai eu occasion de visiter divers établissements hydropathiques. J'ai lu un grand nombre d'ouvrages sur la matière et j'ai consulté la pratique des plus célèbres médecins. Il m'a été donné d'être témoin de faits intéressants, et j'ai été assez heureux, dans certains cas spéciaux, pour pouvoir appliquer avec succès, dans ma propre pratique, les enseignements que j'avais recueillis.

J'ai pu me convaincre que si l'eau n'était pas par elle-même un agent thérapeutique spécial, elle pouvait devenir entre des mains habiles et prudentes un modificateur puissant dans certaines affections de notre économie, et que par conséquent les règles propres à fixer son emploi devaient être étudiées dans leur rapport avec la saine physiologie et la bonne observation médicale. C'est le même esprit qui a guidé le docteur Sinogowitz, de Berlin, dans un excellent mémoire sur cette matière (1). Je serai heureux de profiter de ses idées, ainsi que des bonnes observations que contient son travail.

Encouragé d'ailleurs dans mon projet par M. le professeur Magendie, qui a bien voulu mettre à ma disposition les ressources de son laboratoire pour faire quelques expériences ; aidé dans ces mêmes expériences par mon ami et collègue M. le docteur Bernard, j'ai cru pouvoir renfermer dans le simple cadre suivant ce que je puis avoir d'utile à dire sur ce sujet :

1° Effets physiologiques de l'eau froide sur le corps en général et sur différentes parties prises isolément. (Observations.)

2° Différence comparée de l'eau froide, et de l'eau chaude sur l'organisme.

3° Effets physiologiques de l'eau froide prise à l'intérieur.

4° Effets thérapeutiques de l'eau froide et des différentes manières dont elle peut être administrée, soit extérieurement, soit intérieurement.

5° Des cas spéciaux dans lesquels l'eau froide est indiquée. (Observations.)

6° Des cas spéciaux dans lesquels elle est contre-indiquée. (Observations.)

7° De l'emploi de l'eau froide dans ses rapports avec l'hygiène en général. (Critique bibliographique. — Expériences sur les animaux.)

8° Réflexions finales sur les indications spé-

(1) Die Wirkungen des kalten Wassers aus den menschlichen Kœrper.

ciales résultant des différences d'habitude, d'hygiène et de climat chez les différents peuples en Europe.

CHAPITRE PREMIER.

§ I. — Effets physiologiques de l'eau froide sur le corps en général et sur différentes parties prises isolément.

Forcé, par le but de ses destinées, à vivre sous toutes les latitudes et à subir l'influence des changements fréquents de la température du milieu où il vit, l'homme serait soumis à des causes de maladies bien plus nombreuses encore si, dans sa prévoyante sollicitude, la nature n'avait opposé aux causes destructives les lois admirables de la conservation des êtres. L'étude comparée du règne animal et du règne végétal ne nous offre pas seulement de fréquents motifs d'admiration, mais elle peut encore fournir à la thérapeutique générale et à l'hygiène de précieux enseignements.

Pour ce qui nous regarde, disons en passant qu'un des faits les plus importants, je dirai même les plus vitaux de notre économie, est celui de la chaleur interne que conserve si longtemps le corps humain, malgré l'élévation ou l'abaissement de la température extérieure. Les expériences de Berger, de Delaroche, de Becquerel et de Breschet nous ont appris avec quelle force et quelle activité cette loi fonctionne dans l'intérêt de notre conservation; aussi, dès que sous l'influence des agents extérieurs la température de la peau est abaissée, il se passe dans notre organisme des phénomènes perturbateurs dont l'étude est très importante pour les physiologistes.

Lorsque le corps, dans l'état normal de sa température, est soumis à l'action de l'eau froide, il en résulte un frisson général, un tremblement de tout notre être, qui va, chez quelques individus, jusqu'à leur faire claquer fortement les dents. La respiration devient plus courte, haletante, la poitrine, comme on dit, se resserre, et l'individu qui est soumis à cette épreuve cherche bientôt, par les mouvements les plus prompts, à sortir de cet état pénible. Lorsque la réaction ne se rétablit pas promptement, la surface du corps prend une couleur bleuâtre, les papilles de la peau se contractent et se hérissent, et si nous voulons pousser l'examen de ces phénomènes à leur dernière limite, nous verrons la syncope et les accidents les plus graves en être le couronnement. Sans doute le mouvement réactionnaire qui va succéder à cet état général ne permet pas, d'ordinaire, à ces manifestations extrêmes de se produire; mais toujours est-il que le refroidissement subit du corps est un fait grave dont nous signalerons plus tard les inconvénients.

Le froid, comme les observations microscopiques le constatent, ralentit, quand il ne l'empêche complètement, la circulation dans les vaisseaux capillaires périphériques; ce résultat est facile à constater par la coloration particulière que prend la peau dans ce cas. L'intensité continue et progressive du froid finit par anéantir la vie dans les parties qui y sont exposées et amène les accidents de la congélation; mais, sans nous arrêter à ces résultats extrêmes, constatons seulement que les lotions froides et les bains diminuent l'activité de la circulation périphérique; qu'après un temps, variable selon les individus, il s'établit sous l'action du cœur une réaction des plus importantes. Le sang est refoulé avec force vers les vaisseaux périphériques qui, ne cessant de s'emplir et de se distendre, se gonflent de plus en plus, jusqu'à ce que la tonicité qui leur est propre leur permette de rendre à la circulation générale le trop-plein des liquides qui les remplissent. Le rétablissement de l'équilibre général ne se fait pas sans le retour de deux faits capitaux et d'une très grande importance dans le traitement : *la chaleur* et *la transpiration*. La première de ces sensations est accompagnée d'un sentiment de bien-être qui va quelquefois jusqu'à la douleur, lorsque l'individu a été soumis préliminairement à un froid intense; la peau se colore avec d'autant plus de vivacité, que la circulation est plus rapide et le sujet plus jeune et mieux portant. Un bien-être général, qui vous donne comme le sentiment d'une tonicité nouvelle et d'une activité plus grande dans le jeu des organes, remplace la sensation pénible et déprimante d'un froid plus ou moins prolongé et plus abaissé que la température normale du corps.

Quant à la transpiration, les conditions qui la provoquent sont extrêmement variables; et, depuis la transpiration que j'appellerai insensible jusqu'à ces sueurs énormes que l'on fait ruisseler pendant des heures entières des pores des malades enveloppés dans des couvertures mouillées, il y a des degrés dont l'importance hygiénique et médicale n'a pas besoin de commentaires.

Les premiers effets du froid que nous avons cité ont été utilisés par les médecins et par les chirurgiens, tantôt pour diminuer l'activité de la circulation dans certaines parties, tantôt pour provoquer une réaction dans le système circulatoire, et, par contre, tous les phénomènes de la transpiration. On ne peut nier, en effet, que ce frisson qui s'empare de tout notre être, que ces sueurs abondantes qui lui succèdent, ne soient les phases d'un véritable paroxysme fébrile amené, il est vrai, par l'intervention de l'art, mais qui n'en a pas moins une importance immense, comme nous le détaillerons en temps opportun (1).

---

(1) Des expériences constatant l'effet du froid ont été faites il y a longtemps déjà et dans des proportions très limitées par MM. Poiseuille et Dutrochet. M. Poiseuille a expérimenté l'effet du froid sur le têtard des grenouilles, et M. Dutrochet sur la *chara flexilis*. Si, d'après le premier, on met de la glace dans un vase qui renferme du têtard de grenouilles, on voit la circulation se ralentir considérablement dans les capillaires de ces petits animaux. M. Du-

§ II. Les individus qui, sous l'influence d'un traitement spécial, se sont soumis pendant longtemps à ces alternatives, conservent souvent, dans les parties qui ont été exposées à ces transpirations, une coloration particulière du système cutané. Cette coloration ne disparaît ordinairement qu'avec un changement complet dans le régime; elle est, d'après M. Sinogowitz, le résultat de l'affaiblissement progressif des vaisseaux périphériques qui, soumis pendant longtemps à une activité excessive, ont perdu une partie de leur élasticité et ne sont plus aptes à remplir leurs fonctions.

Quoi qu'il en soit de cette explication, nous signalons ce fait qui nous semble précéder dans l'ordre pathologique d'autres phénomènes bien plus importants. On a remarqué que les individus qui ont exagéré l'emploi de l'eau froide sont soumis à des sueurs fréquentes qui ne sont pas ordinairement en rapport avec l'exercice qu'ils ont pris. Leur peau n'a plus la même sensibilité; les variations dans la température affectent moins chez eux le système cutané que les organes de la digestion et ceux de la sécrétion urinaire. Les troubles dans ce dernier appareil et dans les sécrétions en général sont graves et fréquents. Les changements dans le caractère, le développement des tendances hypochondriaques, ont été plus d'une fois observés dans cet état; les malades, espérant trouver leur guérison dans l'exagération pour ainsi dire systématique des moyens dont ils ont abusé, emploient avec une nouvelle ardeur les bains, les douches, la vapeur, les frictions sur la peau; vaines tentatives, dangereux essais qui ne font qu'empirer le mal! Que se passe-t-il donc alors? Le système nerveux sous-cutané participerait-il à l'atonie dont, au dire de quelques médecins, sont frappés les vaisseaux capillaires et les canaux exhalants? Nous voulons être sobre dans nos explications et chercher, autant que possible, à nous éclairer par l'étude des faits.

Obs. 1. — Une femme, qui avait suivi pendant une année entière le traitement hydrothérapique dans toute son étendue, fut prise d'une affection que M. Sinogowitz ne put attribuer qu'à l'emploi exagéré qu'elle fit de l'eau froide. Traitée pour une fièvre dite nerveuse, sa maladie fut bientôt compliquée des phénomènes suivants: des sueurs abondantes furent signalées dès les premiers jours et augmentèrent dans les suivants avec une intensité telle que l'épuisement de la malade en était arrivé à un point qui compromettait son existence. Le traitement auquel elle fut soumise fut extrêmement long; on employa à l'intérieur les toniques et les acides, à l'extérieur les bains acidulés et les frictions fortifiantes. Les divers accidents signalés, qui se compliquaient d'un œdème considérable des jambes, ne disparurent que lorsque les sécrétions semblèrent se faire comme dans leur état normal. Pour compléter la guérison de cette malade, on la soumit de nouveau à un traitement par l'eau froide. La médication, dirigée cette fois avec prudence et sagesse et avec les précautions que nous indiquerons plus tard, fut couronnée d'un plein succès.

Obs. 2. — Un homme de 29 ans, doué d'une constitution vigoureuse et d'une grande énergie de caractère, souffrait depuis quelque temps de fièvres intermittentes. Il n'en continuait pas moins ses occupations ordinaires et suivait en outre le traitement par l'eau froide. Un jour qu'il était plongé jusqu'aux épaules dans un bain presque glacé, il fut pris de son paroxysme de fièvre. Se confiant dans ses forces, il ne quitta pas la baignoire et y passa le temps de son accès. Quelques instants après, il survint une hydropisie qui, malgré les soins les plus prompts et les plus énergiques, devint générale au bout de quelques heures. Le globe de l'œil, augmenté par l'accumulation des liquides, sortait de son orbite et la vision était complètement éteinte. Le malade vomissait sans interruption; il avait des évacuations alvines noirâtres. Le délire s'était emparé de lui, et, vingt-quatre heures après l'invasion des premiers accidents cet homme avait succombé.

Obs. 3. — Il est un autre fait cité par le docteur Sinogowitz dont je tiens à donner ici l'analyse, parce qu'il nous servira à mieux apprécier l'action du froid sur le système cutané et les conséquences qui en résultent pour l'organisme. Un jeune soldat avait fait en 1812 la campagne de Russie; doué d'une constitution très forte, il avait supporté courageusement et pendant longtemps toutes les affreuses privations de cette retraite; ayant enfin perdu ses équipages, il fut exposé pendant plusieurs semaines à l'intensité d'un froid dont rien ne pouvait le garantir; il arriva enfin à la dernière halte dans un état d'épuisement complet et n'eut pas même la force de descendre de son cheval. Aucun membre ne semblait gelé, mais toute la superficie de son corps était comme paralysée et la peau privée de sensibilité. Après un traitement bien long, les forces reprirent peu à peu; mais la peau ne regagna qu'une faible partie de sa sensibilité et elle continua à rester pâle et fort peu impressionnable aux changements de température. Les variations atmosphériques, qui provoquent chez d'autres personnes depuis les sensations désagréables jusqu'aux affections rhumatismales, se traduisaient chez cet homme par des dérangements dans la digestion accompagnés d'angine de poitrine, de maux de tête et de troubles dans les sécrétions. Il était extrêmement difficile de provoquer chez ce ma-

---

trochet a vu la circulation se ralentir ou diminuer dans la *chara flexilis* selon que cette plante était mise dans un milieu plus ou moins chaud.

J'ai pensé devoir mettre à la fin de ce mémoire et avec quelques détails les expériences des autres et celles que j'ai pu faire avec M Bernard sur les animaux; on conçoit la difficulté qu'il y a à tirer de ce genre d'expériences des conclusions scientifiques applicables aux progrès de la physiologie humaine et de la thérapeutique médicale; nous n'avons d'autre but que de mieux chercher à établir certains faits encore assez mal connus dans l'étude de l'action de l'eau chaude ou froide sur le corps humain.

lade les phénomènes de la transpiration. C'est après plusieurs années passées dans cet état que le malade fut confié aux soins du docteur Sinogowitz. « Mon attention, dit ce médecin, fut éveillée de suite par cet état de torpeur du système cutané. Les dérangements qui existaient dans les organes de la digestion indiquaient assez qu'il fallait chercher à rétablir les relations importantes qui existent entre la peau et les membranes muqueuses. Ce ne fut qu'après un traitement de trois mois, consistant en frictions sur la peau et en grands exercices musculaires, que le malade éprouva pour la première fois une abondante transpiration. Ce premier succès m'encouragea à persister dans cette voie ; mais ce ne fut qu'après une année de traitement que le malade put recouvrer une santé parfaite et rentrer dans le libre exercice de ses facultés morales fortement altérées par cette affection. »

§ III. Les bains froids et longtemps prolongés ont encore sur la peau une autre action, c'est de développer une quantité de boutons ou de petites pustules qui paraissent, disparaissent, excitent violemment les parties où ils se forment et sont souvent accompagnés de desquamations cutanées. Chez d'autres, il paraît des taches sèches et brunâtres ; mais dans certains cas aussi la désorganisation de la peau peut aller si loin qu'on voit se développer des ulcérations ayant beaucoup d'analogie avec celles de certains habitants des côtes de la mer du Nord, exposés comme marins ou pêcheurs à une humidité presque continuelle. Ces phénomènes sont ordinairement regardés comme des crises favorables par les amateurs de ces sortes de bains ; mais ils disparaissent bientôt avec le changement du régime qui les a provoqués, à moins qu'ils ne soient en rapport avec des maladies propres à la peau ou avec la lésion d'organes internes. J'ai connu des médecins hydropathes qui attachaient une grande importance aux éruptions ou ulcérations qui suivent les abondantes transpirations provoquées par l'eau froide ; ils cherchaient de tout leur pouvoir à les amener. Mais, dans ce cas encore, la saine observation médicale nous apprend que la nature a d'autres ressources pour se débarrasser des principes nuisibles à notre économie et que la peau ne doit pas être l'unique émonctoire vers lequel doit se diriger l'activité thérapeutique ; on sait les importantes fonctions qui sont réservées dans ces cas aux reins, au canal intestinal, aux poumons et même aux vaisseaux hémorrhoïdaux.

Une seule observation encore à propos des crises. Lorsque, après des fièvres dites bilieuses, il paraît sur la surface du corps des pétéchies et que l'épiderme se dépouille, le médecin sait bien que dans ces cas il n'a pas affaire à une crise, mais que les phénomènes dont il est témoin sont souvent, d'une part, les résultats physiques de la haute température à laquelle la peau a été longtemps soumise, de l'autre, celui d'une altération dans les principes constitutifs du sang. Sans doute, les éruptions de la peau qui apparaissent chez les baigneurs sont loin d'être d'une nature aussi mauvaise, mais nous ne les regarderons néanmoins, avec M. Sinogowitz, que comme des phénomènes isolés, qui n'ont pas à beaucoup près la valeur que leur prêtent les médecins hydropathes.

Nous avons essayé de décrire les principaux effets physiologiques résultant de l'emploi de l'eau froide sur le corps humain ; nous compléterons ce que nous avons à en dire en examinant les effets de cet agent sur diverses parties isolées. Si ces préliminaires semblent un peu longs, il ne me sera pas difficile d'en faire ressortir l'importance. Que de fois, à presque toutes les époques de la science, n'a-t-on pas vu surgir des remèdes qui semblaient enfin devoir résoudre le grand problème de la guérison des maladies au moyen d'une panacée universelle ! L'enthousiasme, dans ces cas, ne permet pas d'appliquer les lents mais sûrs résultats de l'expérience et de l'observation médicale : aussi sait-on le sort que le ridicule de l'exagération a réservé aux choses qui promettaient les plus heureux résultats. Sans sortir ici de la spécialité de la matière que nous traitons, je rappellerai ce qui s'est passé à l'époque du choléra. Lorsque ce fléau eut envahi l'Europe, on employa, dans certaines circonstances particulières, les fomentations et les bains froids ; les bons résultats que l'on obtint firent que l'on voulut traiter, surtout dans le nord de l'Europe, tous les cas de choléra et à toutes leurs périodes de la même manière. Le peuple perdit bientôt toute confiance dans ce remède ; les médecins eux-mêmes furent ébranlés dans leurs convictions : ils finirent par employer empiriquement, tantôt le froid, tantôt le chaud, et, lorsque le mal disparut, il ne resta plus dans les esprits que doute et incertitude, tant à propos de ce que l'on avait fait que de ce que l'on aurait dû faire. J'ai vu aussi l'eau froide, les douches et tout l'appareil enfin de la balnéotechnie moderne être employé par certains individus avec un empirisme si exagéré, que ce remède devait périr par l'excès même de son application. Je déplorais d'autant plus ce résultat, que par l'emploi de ces mêmes moyens sagement dirigés et utilement appliqués, j'avais vu guérir des fièvres typhoïdes, des affections rhumatismales et arthritiques, des névralgies rebelles, certains cas de mélancolie, des affections hystériques, des blessures excessivement graves, etc. J'ai donc pensé qu'en examinant ces faits dans leurs rapports physiologiques et médicaux, je pourrais apporter quelques éléments nouveaux pour l'étude d'une question de thérapeutique importante que l'empirisme menace d'étouffer ; heureux si l'esprit dans lequel ces recherches seront faites atteint le but que je me suis proposé !

MOREL, D. M. P.

(La suite prochainement.)

—

Projet de loi

SUR

l'exercice et l'enseignement de la médecine (1).

LOUIS-PHILIPPE, ROI DES FRANÇAIS,

A tous présents et à venir, salut.

Nous avons ordonné et ordonnons que le projet de loi dont la teneur suit soit présenté en notre nom à la Chambre des pairs par notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique, que nous chargeons d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE Ier. — *Conditions d'exercice de la médecine.*

Art. 1er. Nul n'exerce la médecine en France s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, et s'il ne l'a fait enregistrer au secrétariat de l'Académie de son domicile et au parquet de la cour royale, qui donnent acte du dépôt.

Nul n'est reçu docteur en médecine devant les facultés françaises s'il n'est bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, et pourvu des titres médicaux déterminés au titre II de la présente loi.

Tout Français pourvu du diplôme de docteur devant une faculté française, et l'ayant fait enregistrer comme il est dit plus haut, exerce librement dans tout le royaume, et porte le titre de médecin ou de chirurgien. Quiconque prendra l'un de ces titres sans avoir rempli les formalités et conditions ci-dessus, ou celui de docteur sans en être régulièrement pourvu, sera puni correctionnellement d'un emprisonnement de six mois à deux ans. La récidive sera punie d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans.

Art. 2. Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent exercer en France qu'en vertu d'une autorisation du roi, qui ne sera accordée, à l'avenir, qu'après une déclaration d'équivalence des grades et diplômes, délibérée en conseil royal de l'Université, et qui devra être enregistrée conformément aux dispositions du premier paragraphe de l'art. 1er.

A l'égard de l'étranger, l'autorisation est toujours révocable, et elle peut être limitée :

Soit à un département ou un arrondissement,

Soit aux compatriotes de l'impétrant.

Celui qui l'a obtenue ne prend d'autres titres que ceux de docteur de l'Université de ....., et de médecin ou de chirurgien (étranger).

L'étranger pourra se présenter aux épreuves de grades devant les facultés françaises, après une déclaration d'équivalence des études scientifiques, littéraires et médicales, délibérée en conseil royal de l'Université, avec remise partielle ou totale soit des inscriptions, soit des épreuves autres que celles du doctorat. Les docteurs ainsi reçus participent à tous les droits réglés par l'art. 1er sous les conditions déterminées audit article.

Le Français qui aura étudié à l'étranger pourra se présenter aux épreuves de grades aux mêmes conditions, s'il a étudié à l'étranger avec l'autorisation du roi.

Tout exercice de la médecine ou d'une branche de la médecine, contrairement aux dispositions du présent article, sera puni des peines prévues en l'art. 1er.

Art. 3. Les officiers de santé, régulièrement reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), continuent à exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission. Ils ne peuvent prendre un autre titre que celui d'officiers de santé, sous les peines portées aux articles précédents.

Les officiers de santé pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences sont autorisés à se présenter au doctorat en faisant compter chaque année d'exercice antérieur pour six mois d'études.

Art. 4. Dans le délai d'un an après la promulgation de la présente loi, une ordonnance du roi portant règlement d'administration publique déterminera les conditions de l'exercice provisoire ou du maintien définitif des professions spéciales relatives à la pratique de l'une des branches de la médecine. L'exercice de celles de ces professions qui ne sont pas comprises dans les dispositions de la présente loi, ou qui ne le seraient pas dans ledit règlement, sera interdit, dans le même délai, sous les peines portées aux articles précédents.

Il sera statué dans les mêmes formes sur tous les changements que pourra nécessiter l'enseignement des élèves sages-femmes et l'exercice de la profession des sages-femmes, avec application des peines ci-dessus aux délais qui seront définis dans ledit règlement d'administration publique.

Art. 5. Quiconque exercera la médecine ou l'une des branches de la médecine, sous quelque dénomination que ce puisse être, sans l'accomplissement préalable des conditions prescrites aux articles précédents ou au règlement d'administration publique déterminé ci-dessus;

Quiconque prendra indûment un titre indiquant l'aptitude à exercer l'une des branches de la médecine ou prendra un titre médical non reconnu par la présente loi ou par ledit règlement,

Sera coupable d'exercice illégal de la médecine, et, en conséquence, sera puni correctionnellement des peines déterminées en l'art. 1er.

Art. 6. Les professions médicales sont incompatibles avec celle de pharmacien. Toute contravention à cette disposition, toute asso-

(1) Nous nous bornons à donner ici le texte du projet de loi qui vient d'être présenté à la Chambre des pairs. Nous ajournons au prochain numéro l'exposé des motifs et les considérations auxquelles il pourrait donner lieu. (N. D. R.)

ciation publique ou secrète de l'un de ceux qu'elle concerne avec des pharmaciens, est passible des peines portées en l'art. 1er.

Néanmoins tout praticien exerçant dans des lieux où il n'y a point de pharmacie à une distance de 4 kilomètres pourra tenir des médicaments sous la condition de les prendre dans une officine régulièrement établie dont ils porteront l'étiquette, et de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 7. Sont incapables d'exercer la médecine, ni aucune des branches de la médecine :

1° Les condamnés à des peines afflictives ou infamantes;

2° Ceux qui auront été condamnés correctionnellement pour faits prévus par les sections 1 et 2 du chapitre 1er du titre II du Code pénal, par les art. 330 à 334 de la section 4 du même chapitre, par la section 6, par le paragraphe 1er de la section 7, par l'art. 78 du paragraphe 2 de la même section, par la section 1re du chapitre II, par les paragraphes 1 et 2 de la section 2 du même chapitre, par les articles 41 et 45 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement;

3° Ceux qui auront été privés par jugement de tout ou partie des droits civiques et de famille mentionnés aux paragraphes 3, 5, 6 et 8 de l'art. 42 du Code pénal.

Les tribunaux peuvent, en outre, prononcer cette incapacité à la suite de toute condamnation correctionnelle.

Quiconque exercera, nonobstant ladite incapacité, l'une des professions régies par la présente loi, ou par le règlement d'administration publique ci-dessus prévu, sera puni correctionnellement du maximum des peines portées en l'art. 1er.

TITRE II. — *Conditions d'études.*

Art. 8. L'enseignement médical est donné par les écoles préparatoires et par les facultés de médecine. Il comprend les mêmes grades que les autres ordres de facultés.

Le baccalauréat en médecine est conféré aux mêmes conditions et à titre égal par les écoles préparatoires ou par les facultés.

La licence et le doctorat en médecine sont conférés exclusivement par les facultés.

Il est délivré aux impétrants pour les trois grades, au terme de leurs études, un seul et même diplôme.

Art. 9. La durée des études pour le baccalauréat est de deux années.

La durée totale des études pour la licence est de quatre années.

La durée totale pour le doctorat est de cinq années, non compris le temps des épreuves, lesquelles ne peuvent être soutenues qu'après le dernier trimestre.

Art. 10. Les règlements particuliers, délibérés en conseil royal de l'Université, statuent sur tout ce qui concerne les inscriptions dans les écoles préparatoires et dans les facultés. Ils déterminent les rapports de ces inscriptions avec les études faites dans les hôpitaux, ainsi que la durée des internats obligatoires. Ils déterminent également l'époque, le nombre, la forme et la matière des épreuves probatoires de toute nature pendant le cours et à la fin des études.

Le prix des inscriptions, examens et diplômes, peut être modifié par lesdits règlements. Toutefois le prix total ne pourra excéder celui des études et thèses nécessaires pour la profession d'avocat.

Art. 11. Nul n'est admis à prendre sa première inscription en médecine, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, s'il n'est bachelier ès lettres. Les élèves qui auront échoué dans les épreuves du baccalauréat pourront être autorisés à prendre provisoirement la première inscription jusqu'à de nouvelles épreuves. Lesdits élèves ne sont admis, en aucun cas, à prendre la deuxième inscription s'ils n'ont justifié effectivement du baccalauréat ès lettres.

Nul n'est admis à prendre la cinquième inscription dans une faculté, ou dans une école préparatoire placée au siége d'une faculté des sciences, s'il n'est bachelier ès sciences. Les élèves auxquels auront été applicables les dispositions du paragraphe précédent sont autorisés à ne justifier dudit baccalauréat qu'avant leur neuvième inscription. Les élèves qui ont étudié près les écoles préparatoires ou les hôpitaux, dans les villes dépourvues de facultés des sciences, sont autorisés à ne justifier du baccalauréat ès sciences que dans le délai d'un an, à dater de leur inscription dans la faculté.

Art. 12. Les aspirants aux grades médicaux, qui, à l'époque de la présente loi, justifieront de deux années d'études dans les hopitaux, seront recevables à faire compter pour quatre inscriptions ledit temps d'études. S'ils sont pourvus du baccalauréat ès lettres, la faculté, après examen, pourra proposer au ministre de leur accorder les huit inscriptions.

Les aspirants au titre d'officier de santé, qui, à l'époque susdite, justifieront devant les préfets des départements de deux années d'études, seront recevables, quand ces études seront terminées conformément à la loi du 17 mars 1803 (19 ventôse an XI), à se présenter devant l'école préparatoire ou devant la faculté compétente, pour y obtenir, s'il y a lieu, une commission d'officier de santé.

Lorsque lesdits aspirants au titre d'officier de santé seront bacheliers ès sciences et ès lettres, ils pourront se présenter aux épreuves du doctorat devant les facultés, sans justifier des inscriptions exigées par la présente loi.

TITRE II. — *Enseignement de la médecine.*

Art. 13. L'enseignement des facultés comprend toutes les parties des études médicales.

L'enseignement des écoles préparatoires comprend les deux premières années d'études. A l'égard de ces deux années, il est aussi complet que celui des facultés.

Le programme de l'enseignement, la suite et la répartition des études, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, sont déterminés par les règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'Université.

Le ministre de l'instruction publique peut toujours autoriser les dédoublements de cours, les cours auxiliaires ou accessoires qu'il reconnaîtra utiles, en conseil royal de l'Université.

Les écoles préparatoires seront mises successivement à la charge de l'État; le matériel et les collections resteront à la charge des communes. Il sera statué sur les mesures nécessaires pour établir le nouveau régime, soit par des lois spéciales, soit par des lois de finances.

Art. 14. Les facultés se composent de professeurs et d'agrégés.

Les écoles préparatoires se composent de professeurs et d'agrégés des facultés, de suppléants spéciaux qui ont le rang des agrégés de l'instruction secondaire, et remplissent dans les écoles toutes les fonctions des agrégés près les facultés.

Art. 15. Le nombre des emplois d'agrégés institués près chaque faculté, ou des emplois de suppléants établis, s'il y a lieu, près les écoles préparatoires, sera déterminé par des règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'Université. Il ne peut excéder celui des professeurs.

Les agrégés sont tenus de remplir toutes les fonctions qui leur sont attribuées par lesdits règlements dans l'intérêt de la discipline et des études; ils pourvoient aux dédoublements provisoires ou permanents des cours; ils font les cours auxiliaires et répétitions officielles qui peuvent être prescrits; ils ouvrent, dans la faculté ou dans l'école, des cours accessoires, en se conformant, pour la répartition des heures, aux décisions du doyen, et, pour le programme, aux délibérations de la faculté, avec droit de recours au ministre en conseil royal.

Art. 16. Les agrégés sont nommés pour dix ans. Après ce temps, ils sont dégagés de leurs obligations.

Les agrégés libres restent membres de l'Université, et conservent les droits déterminés par l'art. 17. Ils cessent de recevoir le traitement de l'agrégation, à moins qu'ils ne se soient fixés près une école préparatoire et n'aient été admis à y faire le même service qu'auprès des facultés.

Les agrégés titulaires peuvent toujours, dans le cours des dix années de leur service, s'établir près des écoles préparatoires en y continuant le service qu'ils devraient aux facultés.

Art. 17. Les professeurs des facultés, les professeurs des écoles préparatoires, les agrégés des facultés et suppléants des écoles sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Nul n'est admis à concourir pour l'agrégation, ou pour les suppléances près les écoles préparatoires, s'il n'est Français, docteur en médecine et âgé de vingt-cinq ans.

Nul n'est admis à concourir pour les chaires de professeur vacantes dans les facultés s'il n'est agrégé en médecine, ou professeur des écoles préparatoires, à moins qu'il ne soit membre de l'Institut, membre de l'Académie royale de médecine, où médecin en chef d'hôpital des villes chefs-lieux de département ou des villes de 20,000 âmes.

Nul n'est admis à concourir pour les places de professeur vacantes dans les écoles préparatoires s'il n'est agrégé en médecine, ou suppléant auxdites écoles, à moins qu'il ne soit correspondant de l'Institut, ou médecin en chef d'hôpital des villes chefs-lieux d'arrondissement.

Les candidats aux chaires de pharmacie et chimie, de physique, de toxicologie et d'histoire naturelle médicale dans les facultés, doivent être licenciés ès sciences naturelles.

Les professeurs et agrégés des facultés des sciences sont admis de plein droit à concourir pour lesdites chaires.

Les candidats à la chaire de pharmacie, dans les facultés et dans les écoles préparatoires, doivent en outre justifier du diplôme de pharmacien.

Art. 18. Les concours pour les chaires vacantes dans les facultés ont lieu au siége des facultés. Le ministre de l'instruction publique peut les fixer à Paris.

Les concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires ont lieu au siége de ces écoles. Le ministre peut les fixer au siége des facultés.

Les concours pour les suppléances ont lieu au siége des écoles préparatoires.

Art. 19. Le concours pour les chaires de professeur vacantes, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, porte spécialement sur les matières de l'enseignement auquel il doit être pourvu.

Le concours pour l'agrégation porte sur toutes les matières qui seront déterminées par des règlements particuliers, délibérés en conseil royal de l'Université.

Pour les concours de tout ordre, les règlements particuliers, publiés au moins trois mois à l'avance, détermineront le nombre des places mises au concours, et, quand il y aura lieu, feront connaître les conditions spéciales du concours.

La liste des candidats est arrêtée par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'Université.

La vérification de la régularité des nominations a lieu également en conseil royal de l'Université.

Art. 20. Le jury de concours pour les chaires vacantes dans une faculté se compose :

1° Des professeurs de la faculté ;

2° De membres adjoints, en nombre inférieur à celui des professeurs, désignés préalablement par le ministre de l'instruction publique dans l'Institut, l'Académie royale de médecine, les autres facultés de médecine, les facultés des sciences, les écoles supérieures de pharmacie.

Le jury de concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires se compose de trois professeurs ou agrégés de la faculté la plus voisine, de trois professeurs de l'école et de trois autres membres désignés par le ministre dans l'ordre de la médecine ou des sciences.

Le ministre nomme le président.

Le jury de concours pour l'agrégation se compose de professeurs choisis dans les trois facultés.

Le ministre nomme le président des jurys.

Art. 21. Toute permutation de chaire entre les professeurs, dans le sein d'une faculté ou d'une école préparatoire, peut être autorisée, après délibération de l'école ou de la faculté, par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'Université.

Toute permutation de chaire d'une faculté de département à une autre faculté de département, et d'une école préparatoire à une autre école préparatoire, peut être autorisée dans la même forme, les deux facultés ou les deux écoles entendues.

En cas de vacance dans une faculté de département ou dans une école préparatoire, le ministre, après délibération de la faculté ou de l'école à laquelle appartient la chaire vacante, peut décider, en conseil royal de l'Université, qu'il y a lieu d'y appeler un professeur d'une autre école ou d'une autre faculté.

En cas de vacance dans la faculté de Paris, le ministre, sur le rapport des inspecteurs généraux, peut appeler un professeur d'une autre faculté de médecine, à la demande ou après délibération de la faculté de Paris, le conseil royal entendu. Il peut, dans les mêmes formes, appeler aux chaires de chimie, d'histoire naturelle, de botanique, un professeur des facultés des sciences.

Toutefois, et quelle que soit l'application des dispositions précédentes, il y aura nécessairement deux chaires au moins données au concours sur trois vacances, dans toutes les écoles et dans toutes les facultés du royaume.

Art. 22. Les cours de clinique doivent embrasser l'année scolaire. Les rapports des administrations des hôpitaux avec l'enseignement public seront déterminés par une ordonnance du roi portant règlement d'administration publique.

Art. 23. Il devra être établi auprès de chaque faculté un laboratoire de chimie pathologique et de micrographie où les professeurs de clinique puissent faire exécuter, de concert avec le professeur de chimie, toutes les analyses et recherches nécessaires dans l'intérêt des malades et dans celui de la science. De semblables laboratoires seront établis successivement dans les écoles préparatoires.

Art. 24. Le ministre de l'instruction publique peut toujours, après délibération de la faculté ou de l'assemblée des professeurs de l'école préparatoire, donner un suppléant aux professeurs âgés de soixante-cinq ans ou infirmes, soit sur leur demande, soit sur la proposition des inspecteurs généraux ou des doyens.

Le professeur conserve son traitement : il peut siéger, jusqu'à délibération et avis contraire de la faculté, dans les jurys d'examen et de concours. L'agrégé suppléant reçoit un traitement égal aux deux tiers du traitement du professeur. Il fait le cours au nom du professeur titulaire et sous son autorité.

TITRE IV. — *Élèves boursiers et médecins cantonaux.*

Art. 25. Il pourra être créé, dans les écoles préparatoires et dans les facultés, par l'État, par les départements ou par les communes, sous la condition de se vouer, pendant dix ans, à la pratique de la médecine dans les départements ou dans les cantons qui seront déterminés à l'époque de l'engagement, des bourses attribuées à des boursiers des colléges royaux ou communaux qui se sont distingués dans leurs études; à des fils ou neveux de militaires ou autres serviteurs de l'Etat sans fortune et remplissant la même condition ; à des bacheliers ayant obtenu des succès hors ligne dans leurs classes, et également sans fortune.

Les règlements détermineront tout ce qui concerne la nature, le régime et la perte desdites bourses, ainsi que leur répartition entre les facultés et les écoles préparatoires.

Les boursiers promus au doctorat, qui manqueraient aux conditions de leur engagement, seraient déclarés par les tribunaux incapables d'exercer la médecine, sous les peines prévues en l'art. 1er.

Art. 26. Il pourra être institué, dans chaque canton, un ou plusieurs médecins cantonaux chargés de visiter les indigents, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de remplir toutes les fonctions de médecine légale administratives ou judiciaires qui leur seraient régulièrement déférées, de transmettre aux conseils médicaux établis ci-dessous, ou aux ministres compétents, les faits et documents propres à servir les intérêts de la science et ceux de l'hygiène publique.

Art. 27. Les médecins cantonaux seront à la nomination des préfets. Ils seront nommés pour cinq ans. Ils pourront être continués.

Leur nombre et leur répartition seront déterminés par les préfets, les conseils généraux entendus.

Il sera statué par une loi spéciale sur leur traitement.

TITRE V. — *Enseignement de la pharmacie et conditions d'études.*

Art. 28. L'enseignement de la pharmacie est donné par les écoles préparatoires de médecine, lesquelles portent le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et par les écoles supérieures de pharmacie.

Les écoles supérieures de pharmacie délivrent seules le diplôme de pharmacien. Elles sont composées de professeurs et d'agrégés.

L'organisation des agrégés de pharmacie est celle des agrégés des facultés de médecine. Ils prennent rang immédiatement après ces der-

miers, et remplissent dans les écoles supérieures les mêmes fonctions.

Art. 29. Les professeurs et agrégés des écoles supérieures de pharmacie sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Le jury de concours pour l'agrégation est composé de professeurs des écoles supérieures désignés par le ministre. Il peut y être adjoint des professeurs des facultés de médecine et des facultés des sciences.

Le jury pour les chaires vacantes est composé :

1° Des professeurs de l'école ;

2° De membres adjoints, en nombre inférieur à celui des professeurs, désignés par le ministre de l'instruction publique parmi les professeurs des facultés de médecine ou des sciences, les membres et correspondants de l'Institut, les membres de l'Académie royale de médecine.

Le ministre nomme le président.

Art. 30. Nul n'est admis à concourir à l'agrégation de pharmacie s'il n'est Français, âgé de vingt-cinq ans et pourvu du diplôme de pharmacien et de celui de licencié ès sciences physiques ou naturelles.

Nul n'est admis à concourir aux chaires vacantes dans les écoles supérieures s'il n'est agrégé de pharmacie ou professeur des écoles préparatoires, à moins qu'il ne soit membre de l'Institut, membre de l'Académie royale de médecine, ou pharmacien en chef des hôpitaux déterminés en l'art. 17.

Art. 31. Les études, pour obtenir le diplôme de pharmacien, durent six années.

Les six années se composent :

Soit de quatre années de stage officinal dûment constatées, et de deux années de cours dans une école supérieure ;

Soit de trois années de stage officinal et de trois années de cours, dont les deux dernières au moins doivent être suivies dans une école supérieure. Ces dispositions peuvent être modifiées par des règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'Université.

Art. 32. Nul ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une école préparatoire ou supérieure s'il n'est bachelier ès lettres.

Le nombre, le prix et le régime des inscriptions, la matière et le nombre des épreuves probatoires, sont déterminés par les règlements particuliers prévus ci-dessus.

Art. 33. Les examens de fin d'année sont faits, dans les écoles supérieures, par un professeur et deux agrégés, et dans les écoles préparatoires par deux professeurs et un agrégé ou suppléant.

Les examens pour la réception des pharmaciens ont lieu, dans les écoles supérieures, par un professeur et deux agrégés, et dans les écoles préparatoires par deux professeurs et un agrégé ou suppléant.

Art. 34. Les pharmaciens étrangers peuvent être autorisés par le roi à exercer la pharmacie en France après une déclaration d'équivalence de leurs études et diplômes, arrêtée par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'Université.

Ils peuvent aussi, en vertu de ladite déclaration, sur l'autorisation du ministre de l'instruction publique, se présenter aux épreuves devant les écoles supérieures, avec ou sans justification de tout ou partie du stage et des inscriptions, pour obtenir un diplôme régulier.

Art. 35. Les pharmaciens reçus antérieurement par les jurys, qui voudraient à l'avenir être reconnus pharmaciens de première classe, seront autorisés à soutenir les épreuves devant les écoles supérieures, sans autre justification que celle du diplôme de bachelier ès lettres.

Art. 36. Les aspirants au titre de pharmacien de seconde classe qui, à l'époque de la promulgation de la présente loi ou à l'expiration de l'année scolaire suivante, rempliraient les conditions actuellement exigées pour soutenir les épreuves devant les jurys médicaux, seront admis aux examens devant les écoles supérieures ou devant les écoles préparatoires, sans d'autres frais que ceux qui auraient été exigés pour la réception devant les jurys médicaux.

Ceux de ces aspirants qui, à la même époque, justifieraient de six ou sept années de stage officinal, ne seront tenus de suivre les cours mentionnés à l'art. 41 que pendant un an.

Ceux qui, lors de la promulgation de la présente loi, justifieraient de quatre années de stage officinal ou de deux années de stage et d'une année de cours, pourront encore être reçus pharmaciens de deuxième classe par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, dès qu'ils auront complété le temps d'études actuellement exigé pour se présenter aux examens de pharmaciens de cet ordre.

Ceux qui seraient déjà en cours d'examen, et qui auraient été ajournés, pourront continuer à soutenir les épreuves devant les écoles préparatoires pendant le laps d'une année. L'ajournement pourra s'étendre à trois mois, six mois ou un an au delà de cette époque, suivant l'appréciation faite par les juges du mérite du candidat.

Art. 37. Le Codex ou formulaire, contenant les préparations qui devront être tenues par les pharmaciens, sera revu tous les trois ans par les facultés de médecine, par les écoles supérieures de pharmacie et par l'Académie royale de médecine, qui transmettront leurs propositions au ministre de l'instruction publique. Le ministre en saisira une commission compétente, et procèdera à une nouvelle publication en conseil royal de l'Université, si l'intérêt de la science et les besoins de la médecine le réclament.

Titre VI. — *Des conseils médicaux.*

Art. 38. Les jurys médicaux sont supprimés : les conseils médicaux seront institués dans chaque département, et, s'il y a lieu, dans les arrondissements, par le ministre de

l'instruction publique qui les composera en nombre proportionné aux besoins du service de deux tiers de médecins et d'un tiers de pharmaciens nommés pour cinq ans.

Art. 39. Les conseils médicaux, dans les départements qui n'ont point de facultés ou d'écoles préparatoires, remplissent, par ceux de leurs membres que le préfet désigne quand le ministre n'envoie point de délégués spéciaux, les fonctions attribuées aux jurys médicaux pour la visite des officines de pharmacie.

Les conseils reçoivent et vérifient l'acte de dépôt prescrit par l'art. 1er.

Ils dressent la liste des praticiens ainsi vérifiés, et l'adressent pour la publication aux autorités compétentes; ils notifient également aux autorités administratives et judiciaires l'état des personnes qui, dans le département, exerceraient une des professions relatives à l'art de guérir sans titre légal;

Ils exercent les attributions qui leur sont données par les lois et règlements, relativement au stage des élèves dans les officines, ou, s'il y a lieu, dans les hôpitaux;

Ils exécutent toutes les mesures de police médicale et toutes les fonctions de médecine légale qui leur seraient déférées par la justice;

Ils réunissent et ordonnent tous les documents relatifs à la topographie, à la statistique médicale et à l'hygiène du département, et adressent régulièrement ces travaux au ministre de l'instruction publique;

Ils exécutent toutes les missions scientifiques ou médicales qui leur sont confiées par l'autorité, dans l'intérêt des études médicales et de la santé publique.

Art. 40. La loi du 10 mars 1803 (9 ventôse an XI) est et demeure abrogée.

Fait au palais des Tuileries, le 15 février 1847.

LOUIS-PHILIPPE.

Par le roi,

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique, grand maître de l'Université,

SALVANDY.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité pratique des maladies vénériennes; par le docteur REYNAUD, premier chirurgien en chef de la marine au port de Brest (1).

Dans la marine, sur la flotte principalement, les accidents syphilitiques sont de tous les instants. A son retour sur une rade, après les privations sans nombre que lui impose la navigation, le matelot ne vit que d'excès, et ses orgies se passent rarement loin des maisons de prostitution. Cette règle est la plus générale, sans être pourtant absolue. De cet état de choses il résulte que le chirurgien de la marine le moins exercé, le simple officier de santé de troisième classe que les règlements embarquent en chef sur les goëlettes, sur les bricks, etc., se trouve fréquemment appelé à donner des soins à des vénériens. Au premier moment, il éprouve un embarras déconcertant lorsque, poussé par un zèle bien entendu, il ouvre les livres de la spécialité pour éclairer sa route, asseoir son diagnostic, adopter un traitement rationnel, efficace. En effet, dans les traités les plus estimés, au milieu de théories ingénieuses, de discussions interminables, se perdent, se noient les conseils de la pratique. M. Reynaud, premier chirurgien en chef, l'a senti depuis longtemps; aussi, après avoir recueilli des observations aussi nombreuses qu'importantes dans le service des vénériens de l'hôpital maritime de Toulon qui lui a été confié plus de dix années consécutives, il n'a pas eu d'autre pensée que de remplir une lacune dont lui savent gré les écoles des ports, la science et l'humanité.

En publiant son *Traité des maladies vénériennes*, cet habile praticien n'a pas eu d'autre but que d'être utile à ses jeunes confrères, que d'éclairer la marche incertaine des commençants, que de leur éviter bien des recherches, des ennuis, des chagrins même, que de prévenir chez eux le découragement qui, dans certaines situations, pourrait avoir des suites si fâcheuses. Cet ouvrage remplit parfaitement l'usage auquel il le destine. Écrit du commencement à la fin avec correction, voire même avec une élégante simplicité, il se lit avec plaisir, intéresse par l'ordre, la clarté, la précision des détails, la richesse des faits observés. Il n'a qu'un volume in-8°, mais de 500 pages et très compacte; il ne renferme aucune inutilité, tout y est bon; chaque ligne a sa valeur; elle semble recueillie sous l'impression du moment, au lit du malade. Il est au courant des idées nouvelles tant en France qu'à l'étranger. C'est, en un mot, un excellent livre que nous ne saurions trop chaudement recommander : à l'étudiant pour s'instruire à une source féconde, prendre des notions, des principes corrects et solides; au praticien pour se rafraîchir la mémoire, se guider au besoin.

Ce traité est sans contredit une de ces œuvres qui appuient si puissamment cette opinion que récemment, dans son précieux ouvrage de pathologie externe et de médecine opératoire, M. Vidal (de Cassis) n'a pas craint de formuler avec cette franche loyauté qui ennoblit son caractère : « Plus que jamais on doit convenir que la science n'est pas toute dans la capitale..... Il y a en effet dans les départements... dans les écoles navales, des hommes qui n'oc-

(1) Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4. Prix : 7 fr. 50.

cupent pas toujours dans les livres la place marquée par leurs travaux. »

Essayons d'en faire une analyse assez exacte pour mettre nos lecteurs à même de reconnaître la validité du jugement que nous venons d'énoncer.

Sous forme d'introduction, l'auteur consacre les vingt premières pages à l'historique de la syphilis. « Le libertinage et le coït, dit-il, ont de tout temps donné lieu à des accidents morbides susceptibles de prendre, sous certaines influences, un caractère contagieux. » Les livres de Moïse en font foi; il en reproduit des passages.

Au moyen âge, ces accidents s'aggravent; ils prennent un accroissement assez alarmant pour éveiller l'attention des législateurs, nécessiter des mesures de police particulières.

Quelle que fût la sévérité des règlements, le mal continua ses progrès, et tout-à-coup, vers la fin du XVe siècle, on le vit se propager avec une puissance de contagion inouïe. Dès 1492, 93, 94, cette peste exerçait des ravages en Italie. Il s'appuie sur ces dates pour établir et démontrer qu'elle n'a pas pu être portée dans cette contrée par l'armée de Charles VIII, 1494, moins encore par les soldats espagnols de Gonzalve de Cordoue, 1495; par les soldats de Christophe Colomb qui, positivement, se livrèrent impunément à Lisbonne et ailleurs à tous les excès possibles. De là on comprend ce qu'il pense des diverses qualifications employées pour exprimer le fléau. Il s'arrête un moment au nom de syphilis, sous lequel le désigna Fracastor. Il remonte à l'étymologie, s'occupe de la cause productive, pour montrer l'absurdité des opinions qui avaient cours dans ces temps reculés.

Après cette crise affligeante, au XVIIIe siècle le fléau a perdu de sa force. De nos jours il est loin de revêtir les symptômes de cette époque. Ce résultat de l'observation conduit l'auteur à se poser ces deux questions : « Cette heureuse différence résulte-t-elle d'un affaiblissement du virus syphilitique par suite de ses nombreuses transmissions? ou faut-il l'attribuer aux sages modifications du traitement, aux mesures d'hygiène publique? Il les approfondit.

Contre les idées du XVIe siècle, poussées si souvent jusqu'à l'absurde, la vérole ne se propage aujourd'hui que par le contact immédiat et le plus habituellement par le coït. Des doctrines qui ont eu cours, celle de Fernel a prévalu; la plupart des observateurs ont attribué la syphilis à un virus. L'école physiologique a fait opposition. M. Reynaud s'élève contre cette manière de voir; il ne comprend pas qu'après un exercice convenable, des praticiens puissent de bonne foi nier l'existence de la syphilis.

Pour lui cette affection se présente sous deux formes bien tranchées : 1° dans le lieu où elle a été contractée et peu de temps après un coït impur. Ce sont les accidents primitifs : *ulcères ou chancres, blennorrhagie*;

2° Loin du lieu qui a été exposé à la contagion et à une époque plus ou moins éloignée du coït : *syphilis constitutionnelle.*

L'ouvrage entier est divisé en seize chapitres; un formulaire spécial le complète.

Chapitre Ier. Il traite de l'inoculation appliquée à l'étude des maladies vénériennes. A un mérite incontestable, il joint un intérêt d'actualité non douteuse.

L'idée d'appliquer l'inoculation à l'étude de cette maladie n'est pas d'hier. Par cette expérimentation, vers le milieu du XVIIIe siècle, W. Hunter a tenté d'éclairer sa marche, son mode de transmission. Ses nombreux essais ne l'ont conduit qu'à des résultats peu concluants. Il en fut de même des efforts de Percy, de Brun, et plus tard, près de nous, de ceux de MM. Lagneau, Bertin, Cullerier, etc. M. Ricord a été plus heureux que ses devanciers : il a attaché à ses recherches la plus haute importance, le plus vif intérêt. M. Reynaud ne pouvait pas se tenir en dehors de ce mouvement scientifique; il a suivi et répété les expériences du syphiliographe de Paris, et, agissant comme lui sur une vaste échelle, son contrôle est précieux par les documents qu'il fournit. Plus de dix ans l'école navale de Toulon a été témoin de ses travaux persévérants. Le pus du chancre à son début, inoculé sur la pointe d'une lancette en un lieu quelconque du corps, donne naissance à des chancres inoculables eux-mêmes. Le pus fourni par le bubon amène le même résultat. Le muco-pus de la blennorrhagie, à des exceptions qu'il signale, ne s'inocule pas; il en est de même du fluide qui baigne la surface des ulcérations syphilitiques qui se rattachent à une affection constitutionnelle; de la matière sécrétée par les pustules plates, etc., etc.

Les chancres et les adénites perdent cette propriété de transmission lorsqu'ils se détergent, entrent en voie de guérison. De là il déduit les avantages qu'on peut retirer de l'inoculation à titre de moyen de diagnostic. Il démontre qu'elle rend compte de la marche des chancres; qu'ils débutent réellement par une vésicule ou une pustule.

Il termine en disant : L'inoculation pratiquée avec la prudence convenable n'a jamais les inconvénients que lui reprochent MM. Cullerier, Ratier et Devergie; constamment elle a son degré d'utilité.

Le sujet du IIe chapitre est le chancre. Il le définit, en donne avec précision les caractères les plus frappants; il rappelle les secours de l'inoculation pour écarter le doute. Il critique avec bonne foi et avec une juste sévérité les moyens à la faveur desquels les anciens prétendaient fixer le diagnostic d'une manière certaine; il s'attache à prouver l'erreur dans laquelle était Swediaur en écrivant : « Les chancres ont une tendance manifeste à s'étendre, à corroder les parties voisines.... » — « Les vrais chancres ne guérissent jamais seuls; ils ont besoin du secours de l'art. » — « Les chancres ne disparaissent que sous l'influence des préparations mercurielles; les préparations mercurielles ne guérissent pas, mais

aggravent les ulcérations non syphilitiques. » — Ces opinions ont eu de fâcheuses conséquences.

Le seul symptôme différentiel que reconnaisse l'auteur est un certain épaississement avec induration des parties sur lesquelles siégent les chancres. L'inoculation parle dans ce sens.

Il examine les points de la peau ou des muqueuses sur lesquels s'ouvrent les chancres, leur plus grande prédilection pour telle ou telle localité ; explique leur fréquence à la couronne du gland, au cul-de-sac du prépuce chez l'homme ; aux grandes lèvres, etc., chez la femme. La gravité du pronostic, ajoute-t-il, dépend beaucoup du siége de la lésion.

Le chancre apparaît du troisième au huitième jour. Il le suit pas à pas dans son développement, du moment de l'incubation à l'époque de sa complète évolution. Chaque symptôme l'intéresse, est le sujet d'une étude attentive. Arrivé à l'heure où le chancre est inoculable, il fait assister le lecteur à ses opérations ; lui rappelle, par des faits, l'utilité de l'inoculation, son importance.

« C'est par le pus qu'il sécrète que le chancre se transmet et s'inocule. » — « On a cherché naturellement à reconnaître la cause particulière et spéciale de cette propriété. » Pour cela on a mis à profit les progrès de la physique, de la chimie, de la microscopie. Il passe en revue les travaux du docteur Donné, en cherche la valeur scientifique.

Pour M. Reynaud, le chancre est le type des accidents syphilitiques primitifs...; il annonce une infection réelle.... Sa longue expérience l'empêche de partager les idées de M. Ricord eu égard aux chancres sans incubation et à l'infection qui, d'après le syphiliographe parisien, n'aurait lieu que du quatrième au sixième jour, à l'époque où l'induration commence à se montrer.

M. Reynaud a constaté qu'avec ces principes on court risque de donner une syphilis constitutionnelle à un malade qu'un traitement mercuriel eût guéri infailliblement. L'auteur appuie son dire d'une observation dont les détails sont pleins d'intérêt.

Le traitement local du chancre est le complément indispensable du traitement général ; il est indispensable. Négliger l'un ou l'autre serait commettre une faute grave. M. Reynaud, fort encore de sa longue pratique, signale les défauts des syphiliographes anciens, les fâcheux conseils de l'école physiologique ; il traite avec un soin ou plutôt avec une perfection rare tout ce qui a trait à la curation. « Lorsque les malades (c'est l'auteur qui parle) présentent encore la vésicule, j'adopte volontiers la pratique du docteur Ricord, j'enlève la phlyctène et je cautérise ; mais sans *attacher* à cette pratique, par rapport aux suites de cette maladie, l'importance que lui accorde M. Ricord. » Il fait un traitement général.

Le chapitre III appartient aux bubons. Il les définit ; les divise en bubons inguinaux, axillaires, cervicaux et maxillaires ; en aigus et en chroniques ; en sympathiques, symptomatiques et d'emblée.

C'est à la région inguinale que ce dernier apparaît le plus communément ; aussi s'en occupe-t-il plus spécialement.

Contre les idées de M. Ricord, M. Reynaud croit au bubon d'emblée, mais dans une proportion très restreinte. Sa conviction, il l'a puisée dans l'inoculation. MM. Gibert et Beaumès la partagent. Nous-même nous avons par devers nous des faits à l'appui, mais ce n'est pas l'instant de les transcrire.

La terminaison la plus favorable est la résolution ; il faut la tenter ; elle peut être souvent obtenue (M. Reynaud), malgré les assertions contradictoires de plusieurs auteurs. Tout bubon vénérien réclame un traitement mercuriel. On ne saurait apporter trop de soins au traitement local.

M. Reynaud consacre plusieurs feuillets à la critique de l'incision sous-cutanée (Ricord), aux procédés de cette méthode adoptés par Diday, de Lyon. En définitive, cette opération lui inspire une médiocre confiance ; il étudie la compression recommandée pour faire avorter le bubon aigu et prônée outre mesure par le docteur Fergusson, 1805. La compression, à ses yeux, n'a quelque valeur que contre le bubon induré, chronique.

Voici un rapide aperçu de sa conduite dans tous les cas d'inflammations franches : il tente la résolution par la serie des antiphlogistiques : saignée, sangsues, cataplasmes, bains ; quand la tumeur est fluctuante, le vésicatoire, les solutions caustiques, les pointes de feu.

A l'induration il oppose les frictions mercurielles, les frictions hydriodatées, en désespoir de cause, enfin, le vésicatoire, les briques chaudes, etc.

Dans tout ce chapitre le jeune praticien trouve ce qu'il y a de plus désirable pour lui : simplicité de détails, critique pleine de justesse, saine appréciation, application nette et précise des principes les plus en faveur.

Le chapitre IV est entièrement consacré au phimosis et au paraphimosis. Ainsi que l'exprime l'auteur, l'un et l'autre ne sont pas un signe de syphilis. Il ne les examine qu'à titre de complication de certains accidents vénériens : des chancres en particulier. Il ne quitte ces deux sujets qu'après avoir épuisé ce que la science nous offre de plus correct ; il fait une excellente appréciation des diverses opérations qu'ils requièrent. De sa discussion ressortent les meilleurs procédés.

Le chapitre V est ouvert au traitement général des accidents primitifs de la syphilis. Il le divise en deux parties : 1° l'historique ; 2° la pratique.

« L'invasion de la maladie vénérienne frappa de surprise, et l'on peut ajouter de terreur, les médecins qui observèrent les ravages de l'épidémie du XVe siècle. »

Ils s'adressèrent à peu près à chacune des substances actives de la matière médicale, et le hasard plus que le raisonnement les mit sur la voie du mercure : le mercure guérissait plu-

sieurs affections cutanées ; on crut devoir l'essayer dans la vérole qui se révélait si fréquemment alors par des phénomènes morbides du côté de la peau. Son efficacité fut reconnue ; on étendit son application ; jamais sa puissance curative ne s'est démentie depuis lors.

En 1496, 1497, on y recourait sous forme de pommades, d'onguents ; chaque praticien avait sa formule. On ne s'entendait pas.

Un des premiers, Bérenger de Carpi voulut régulariser les indications et l'administration du mercure. Bientôt vint l'usage des fumigations de cinabre (1506).

Vers 1528, Paracelse proposa ce médicament à l'intérieur.

Barberousse ne tarda pas à prescrire ce métal sous forme pilulaire. Sa formule fut légèrement modifiée par Belloste au XVIIIe siècle ; elle est parvenue jusqu'à nous.

Dans le XVIe siècle, le deuto-chlorure en solution prit faveur. Van Swieten a attaché son nom à une liqueur en vogue encore à l'heure qu'il est.

Beaucoup plus tard sont venus les iodures, les brômures, les cyanures de mercure. Pour fixer ses préférences, M. Reynaud a tout essayé avec soin et persévérance. Le calomel n'a aucune influence salutaire sur les accidents primitifs de la vérole ; le cyanure n'a aucun avantage sur le deuto-chlorure ; le deuto-iodure est trop énergique pour être introduit dans l'organisme, sans souci pour le malade ; le proto-iodure (toujours contre les accidents primitifs) n'a rien qui puisse le faire ranger avant le sublimé.

Nous limitons à ce peu de mots l'historique pour suivre l'auteur dans le mode d'emploi des préparations mercurielles. Cette seconde partie, essentiellement pratique, est le relevé d'une clinique de plus de dix ans dans un vaste hôpital ; aussi offre-t-il le guide le plus sûr que je connaisse. L'onguent mercuriel double, il l'emploie en frictions de 2 à 7 et 8 grammes chacune. Il apprend à proportionner les doses suivant les indications. L'époque de la journée pour les frictions ; les points du corps sur lesquels il faut les promener ; les soins à prendre avant, pendant et après ; l'utilité des bains, etc.: tout y est examiné et pesé avec une grande sagesse.

Dans les hôpitaux, avant de commencer un traitement de cette espèce, il convient de laisser le malade s'acclimater ; souvent on le termine avantageusement par un ou deux purgatifs, sans qu'il faille faire de cette habitude une règle *sine quâ non*.

A cette époque de la maladie, le choix des tisanes a moins d'importance que dans la syphilis constitutionnelle.

Les réflexions que lui suggèrent le régime et les vêtements sont pleines de prudence et de sagesse, c'est un *memento* à consulter souvent.

Les frictions ne sont point défendues chez la femme, et son état de grossesse n'est pas même une contre-indication. Chez l'enfant à la mamelle elles ont plus d'inconvénient ; il recommande de les pratiquer sur la nourrice.

Les frictions locales, très circonscrites, lui ont paru moins efficaces que les frictions presque générales dont il s'agissait plus haut. La méthode de Toreilhe lui inspire une médiocre confiance.

Le nombre des frictions et de 30 au moins ; souvent il faut le pousser à 40, à 45.

Dès le XVIe siècle le deuto-chlorure fut conseillé ; d'abord on l'incorpora au cérat, à l'axonge, pour en constituer des onguents. La pommade de Cirillo en renferme. Il est la base de l'eau phagédénique ; les solutions ont grand cours aujourd'hui ; M. Reynaud en use à des degrés divers contre les chancres.

On prépare des bains au sublimé. Le traitement général par ces bains (Reynaud) est infidèle. Il le prouve par des faits.

Le sublimé se prescrit le plus ordinairement à l'intérieur, dissous à la faveur de l'alcool dans des proportions d'eau déterminées : liqueur de Van Swieten. L'auteur indique sa formule la plus suivie ; il parle longuement et sciemment de son mode d'administration, des doses à prescrire, de son utilité, de ses avantages sur les frictions ; de ses inconvénients particuliers, de la prudence que son emploi réclame. « La liqueur de Van Swieten cause moins souvent la salivation que l'onguent mercuriel ; elle produit aussi moins souvent des douleurs ostéocopes et des phénomènes de cachexie mercurielle. »

Le traitement mixte avec frictions et solutions n'a pas sa haute estime ; il préfère un traitement unique par les unes ou par les autres.

A notre grand regret, il nous est impossible de suivre l'auteur dans les détails importants qu'il donne sur le deuto-chlorure en pilules, sur les iodures de mercure, etc.; les 50 pages qui font suite sont tellement condensées qu'elles échappent à l'analyse, il faut les lire pour les relire encore. Le défaut d'espace nous impose du reste cette conduite. Je me bornerai donc à ajouter que M. Reynaud emploie fréquemment des pilules avec sublimé et thridace aña 1 centigrammes — 1 à 5 par 24 heures. Cette préparation lui paraît agir avec plus d'innocuité que la liqueur de Van Swieten, sans avoir moins d'efficacité contre le virus.

Sur la blennorrhagie le chapitre VI renferme la monographie la plus complète qu'on puisse espérer. Rien n'y est oublié ou négligé, tout y est soumis à une critique judicieuse, et lorsque l'auteur ne se trouve pas d'accord avec les syphiliographes anciens ou modernes, il ne se contente pas de l'exprimer, il établit un parallèle entre les faits les plus authentiques et les siens, et le raisonnement seul le mène à la conclusion ; — ce volume à chaque ligne respire cette bonne foi qui triple la valeur des choses. « La blennorrhagie est-elle une inflammation simple du canal de l'urèthre avec écoulement puriforme, un véritable catarrhe de la muqueuse? ou peut-elle être considérée comme une inflammation spécifique distincte des phlegmasies ordinaires et due à une cause

spéciale, à un virus particulier? » Ces deux questions d'un si haut intérêt occupent sérieusement l'auteur.

Les découvertes modernes, et l'inoculation en particulier, l'ont conduit à établir que le virus des chancres ou le virus syphilitique diffère essentiellement du virus qui développe la blennorrhagie.

Les tentatives de M. Reynaud aussi bien que celles de M. Ricord démontrent à l'évidence que le pus blennorrhagique ne s'inocule pas comme le pus des chancres et ne produit jamais de chancres par transmission. — Cependant on est obligé de convenir que des malades guéris d'uréthrite simple en apparence présentent parfois, après un temps variable, des syphilides, des ulcérations à la gorge, et que par conséquent cette maladie, bénigne dans la pluralité des cas, est parfois virulente, véritablement syphilitique.

Dès le début, comment reconnaître cette virulence? — Jusqu'à ces derniers temps c'était fort difficile; pour en avoir la conviction il suffit de lire les opinions que l'auteur relate et discute. M. Ricord, on le sait, rapporte la virulence à des chancres qui existeraient dans le canal; M. Reynaud partage cette manière de voir, aussi recourt-il à l'inoculation dès l'entrée de ses malades; le résultat qu'elle lui donne règle son traitement.

Dans la partie qu'il consacre à la curation, il présente un vade-mecum complet pour mener infailliblement à bien toute uréthrite simple ou composée. Voici en très abrégé sa conduite : lorsque la blennorrhagie est aiguë, il l'attaque dès le premier jour par la saignée, les sangsues, les bains, les antiphlogistiques, avec vigueur et autant de fois que l'exigent la violence et l'étendue de la phlegmasie et la constitution du sujet.

Lorsque l'inflammation est apaisée, il oppose à l'écoulement les antiblennorrhagiques, le copahu, le poivre cubèbe. L'écoulement est-il considérablement diminué, l'irritation faible, il recourt aux injections astringentes ou caustiques.

La gonorrhée se révèle-t-elle par un simple écoulement sans symptômes inflammatoires, il ne voit aucun inconvénient à user aussitôt des antiblennorrhagiques, des injections.

Dans l'uréthrite chronique, véritable blennorrhée, il fait des injections au nitrate d'argent cristallisé, applique un vésicatoire sur le scrotum, sur le périnée, etc.

Dans la blennorrhagie sans complication il n'est pas urgent de prescrire du mercure, ainsi que le voulaient les anciens et ainsi que le font encore beaucoup de médecins, mais il y a nécessité d'y recourir lorsqu'à l'aide des éléments du diagnostic différentiel on est parvenu à reconnaître la virulence du muco-pus. Voilà qui est clair, raisonnable et précis.

L'auteur traite longuement du copahu, du poivre cubèbe; en homme très éclairé il parle de la potion de Chopart, des préparations les plus nouvelles, des capsules gélatineuses de Mothès; des capsules glutineuses de Raquin; des dragées de copahine Mége; de celles de la cubébine; de l'iode; des injections nitratées; de la méthode abortive du docteur Debeney.

Le chapitre VIII est plein des complications de la blennorrhagie chez l'homme : balanite, prostatite, inflammation des vésicules séminales; arthrite blennorrhagique; ophthalmie, orchite, etc. — L'article orchite renferme des considérations neuves, du plus vif intérêt; tous les modes de traitement sont reproduits, examinés, discutés avec impartialité.

Après l'uréthrite chez l'homme, il reprend en sous-œuvre cette maladie chez la femme. Le sujet retrouve une fécondité nouvelle sous sa plume.

Nous voici arrivé à la syphilis constitutionnelle. Dans la nécessité où nous sommes, à défaut d'espace, de tout scinder, nous préférons faire ultérieurement de la syphilis constitutionnelle la matière d'un second article, pour mettre à même de se convaincre que la seconde moitié de l'ouvrage est au niveau de la première.

Je me contente donc, pour cette fois, de signaler à l'attention le formulaire spécial très complet qui finit en un long chapitre ce précieux livre le plus au courant du mouvement scientifique, le plus facile à étudier, à consulter.

Cette idée nous paraît heureuse. Ce supplément complète parfaitement ce travail; par lui il devient le plus pratique, le plus propre à tout le monde. Il abrége les recherches du commençant, fournit au praticien un aide-mémoire inappréciable, puisqu'il lui met sous les yeux, sans perte de temps, les observations dont il sent le besoin, les formules que les années et l'expérience signalent comme utiles.

ALPHONSE GUÉPRATTE, D. M.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

De l'action des préparations d'or sur notre économie, et plus spécialement sur les organes de la digestion et de la nutrition; par M. le docteur A. LEGRAND. (Fin. Voy. le n° précédent.) L'observation IV est relative à une enfant tombée dans le marasme par suite de l'insuffisance de l'alimentation. Il y avait inappétence absolue; les forces assimilatrices étaient nulles, et l'enfant était en outre en proie à la diarrhée. M. Legrand prescrivit pour boisson de l'eau panée et du miel dans lequel il fit incorporer de l'or divisé dans la proportion de 20 centigr. pour 125 gr. de miel, et dont on devait donner une cuillerée à café tous les matins. L'emploi de cette médication suffit, dans l'espace de quelques semaines, pour mettre l'enfant dans un état de santé tel que les parents crurent pouvoir s'en tenir là, contre l'avis de M. Legrand qui voulait qu'on

continuât deux ou trois mois au moins. Cinq mois après, l'enfant était, en effet, retombée dans un état plus fâcheux que le précédent. Elle allait quinze à vingt fois à la selle par jour ; elle était mourante. Le même moyen fut encore appliqué, cette fois avec plus de persévérance, et partant avec un succès mieux consolidé ; car on était alors en 1830, et cette enfant est devenue aujourd'hui une belle et forte fille.

Depuis que cette observation est rédigée, M. Legrand a eu l'occasion d'appliquer le même traitement à la jeune enfant d'une concierge de la rue du Bac, et avec le même succès.

De ces faits M. Legrand conclut que l'on devrait essayer d'administrer l'or à la plupart de ces enfants venus au monde souvent trop débiles pour supporter l'alimentation la plus légère, mais surtout à ceux qu'une mauvaise nourriture, que le manque de soins ont placés dans une condition semblable, à ces enfants, à ces jeunes gens aussi que les mauvaises habitudes ont épuisés, aux hommes studieux enfin dont les veilles ont détruit la santé. Il lui paraît devoir réussir dans tous les cas où il y a *débilité* plutôt que *lésion* des viscères.

M. Legrand a eu trois fois l'occasion d'administrer les préparations aurifères chez des adultes qui offraient des conditions pathologiques de ce genre ; mais l'un d'eux était atteint de tubercules pulmonaires. Ceux-ci n'ont point été guéris ; on a eu néanmoins à se féliciter d'avoir employé les préparations d'or. L'appétit a été rétabli, l'embonpoint est revenu, au point de simuler une guérison complète. Dans les deux autres cas, il y avait simple affaiblissement des forces vitales et la médication aurifère les a relevées.

C'était surtout chez les vieillards arrivés à un état d'affaiblissement graduel que les médecins des XVIe et XVIIe siècles et les charlatans du XVIIIe administraient des préparations dont l'or faisait partie. M. Legrand a été fort longtemps à se décider à y avoir recours en pareil occurrence. Il se bornait à prescrire des préparations de quinquina, qui d'ordinaire réussissaient aussi bien que l'on pouvait s'y attendre. Il lui arriva cependant une fois que le quinquina finit par se montrer impuissant chez une personne qui en avait jusque-là éprouvé les bons effets. Le cas était des plus graves ; il s'agissait d'une personne de 87 ans, atteinte d'une inappétence absolue et en proie à un affaiblissement graduel et rapide, épuisée d'ailleurs par le développement successif de plusieurs érysipèles phlegmoneux du cuir chevelu à la suite d'une chute. L'auteur rapporte, entre autres circonstances, qu'il la quitta, le 14 février 1845 au soir, avec la crainte de ne pas la retrouver le lendemain matin. Cependant le 15 elle vivait encore, et ce fut tout-à-fait en désespoir de cause qu'il lui prescrivit l'*or divisé* (25 centigr.) incorporé dans la gelée de pommes (100 grammes), à la dose d'une cuillerée à café prise chaque matin à jeun, et autant une demi-heure avant le repas du soir. Le 22, la dose de l'or divisé fut portée à 50 centigr., et à 75 le 1er mars. Le 9 de ce mois, la malade avait consommé 3 grammes d'or divisé. L'effet était des plus satisfaisants ; mais il se manifesta une dysurie qui força de suspendre l'emploi de l'or. On y revint plus tard et on fut encore pour le même motif forcé de le suspendre ; mais les résultats furent cette fois plus durables et le rétablissement fut complet.

Plus récemment, M. Legrand a pu constater une seconde fois chez un vieillard les bons effets produits par les préparations aurifères sur la santé générale.

Le catarrhe pulmonaire exerce souvent, quand il se prolonge, une influence fâcheuse sur les organes digestifs ; il n'est pas rare, chez les enfants surtout, que le tube digestif se prenne à son tour et devienne le siége d'une sécrétion vicieuse qui le jette dans l'atonie. Les préparations d'or conviennent dès lors pour rétablir les forces digestives ; c'est ce qui ressort des observations IX et X. Un autre fait qui semble aussi ressortir de la dernière de ces observations, c'est que, de toutes les préparations d'or, le métal divisé est celle qui mérite le plus souvent la préférence, ne fût-ce d'ailleurs qu'à cause de sa parfaite innocuité. Dans l'observation X, le perchlorure d'or et de soude se montra inefficace ; la guérison fut ensuite obtenue par l'or divisé. L'or paraîtrait, enfin, devoir réussir dans des cas où les ferrugineux sont indiqués et ont échoué. C'est ce qui résulte des observations XI et XII. (*Numéros du 5 et du 19 décembre* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'albuminurie ou néphrite albumineuse par l'acide nitrique ; par M. FORGET, professeur à la Faculté de Strasbourg.— Les caractères de l'albuminurie ne sont pas tels, dit l'auteur, que l'on doive absolument désespérer d'en trouver le remède. Du côté des solides, on trouve une lésion des reins qui, dans le principe, apparaît sous la forme d'un simple état congestionnel ou inflammatoire, si l'on veut ; plus tard, ce sont des transsudations, des dépôts de matière albuminoïde, chimiquement semblables à ces dépôts de plasma que souvent la nature suffit à résoudre ; c'est enfin un état d'anémie, d'hypertrophie rénales, graves sans doute, mais sans désorganisation profonde, et ne se produisant que dans l'état chronique. Du côté des humeurs, c'est en apparence un simple échange de principes constituants : c'est l'albumine du sang qui passe dans les urines comme à travers un crible, c'est l'urée retenue dans le sang, etc. : désordres qui ne paraissent pas absolument au-dessus des ressources de l'art. Malgré ces données, en apparence si rationnelles, la thérapeutique de l'albuminurie est encore fort incertaine. M. Forget a, il est vrai, sur les indications de M. Rayer, traité avec succès par les bains de vapeur et le régime lacté un malade qu'il a eu le bonheur de guérir à la fois de son hydropisie et de ses urines albumineuses. Mais

c'est le seul malade qu'il ait guéri complètement. Il lui est arrivé depuis lors de guérir l'hydropisie, mais l'albuminurie jamais.

Au commencement de l'année 1846, M. Forget apprit que le docteur Hausen, de Trèves, avait employé avec le plus grand succès, dans le traitement de l'albuminurie, l'acide azotique à la dose de 4 à 5 grammes dans une potion de 150 à 250 grammes. On disait même que, sur dix-huit albuminuriques traités de cette façon, il n'en avait perdu que deux. M. Forget, n'ayant pu se procurer le travail original de M. Hausen, conçut quelques défiances sur ses succès et négligea ce mode de traitement. Mais d'autres faits répandus dans les journaux, et surtout une observation communiquée à M. Forget par un de ses anciens élèves, M. le docteur Wolf, aujourd'hui médecin distingué à Plancher-les-Mines (Haut-Rhin), l'engagèrent à expérimenter de nouveau (1). Ses expérimentations ne portent encore que sur deux malades, dont l'un a guéri et l'autre a succombé.

L'observation I porte le titre suivant : *Anasarque avec albuminurie guérie rapidement par l'acide nitrique.* La nature de ce genre d'analyses de journaux ne nous permet pas d'entrer dans les détails de cette observation. On y voit la maladie, datant de deux mois, s'amender à partir du moment où l'on administre l'acide nitrique. La dose de celui-ci a été de 2 à 4 grammes par litre d'eau édulcorée. Le quinzième jour du traitement, il n'y avait plus de vestige d'œdème ; le vingt-deuxième jour, les urines cessent complètement d'être albumineuses. Le malade a été gardé treize jours après la suspension du remède, les urines restant à l'état normal.

L'observation de M. le docteur Wolf (obs. II) offre encore un beau cas d'anasarque et d'albuminurie guéries promptement par l'acide nitrique. On y voit l'anasarque disparaître dans l'espace de huit jours, puis l'albumine des urines diminuer sensiblement à la même époque, et disparaître enfin complètement au bout d'un mois, bien que le traitement n'ait duré qu'une dizaine de jours, à la dose de 2 grammes d'acide en limonade, sans autre médicament. La guérison persistait encore après cinq mois.

Malheureusement, à côté de ces deux faits s'en trouvent d'autres où la même médication fut loin d'avoir la même issue.

La IIIe observation porte pour titre : *Anasarque avec albuminurie. Tuberculisation activée par l'acide nitrique. Mort.* L'albuminurie datait de deux ans ; la tuberculisation était de date plus récente. Il y eut cessation de l'anasarque, mais persistance des urines albumineuses après un mois de traitement. M. Forget pense qu'il est rationnel d'attribuer l'insuccès peut-être à l'ancienneté de la maladie des reins, et surtout à la composition tuberculeuse des poumons et des intestins.

En même temps que M. Forget expérimentait sur les sujets des observations I et III, M. Schutzemberger, son collègue à la Faculté de médecine, administrait l'acide nitrique à un homme affecté d'albuminurie qui n'a éprouvé de l'emploi du remède que des accidents gastriques qui ont forcé de le suspendre, sans que l'on ait obtenu aucun amendement de l'albuminurie.

Il y a donc des contre-indications et des cas rebelles à l'administration de l'acide nitrique ; mais il est des circonstances où ce remède est efficace. Il vaut toujours bien au moins les méthodes classiques qui n'ont fourni à M. Forget qu'une guérison radicale sur soixante cas.

Parmi les hypothèses que M. Forget émet, sans y attacher d'ailleurs grande importance, sur le mode d'action de l'acide nitrique, nous nous bornerons à rapporter la suivante qui paraît la plus probable : 4 grammes d'acide nitrique, arrivant au rein dans les vingt-quatre heures, peuvent y déterminer un effet astringent et s'opposer ainsi à la transsudation de l'albumine du sang.

Mais si c'est comme astringent qu'agit l'acide nitrique, d'autres acides peuvent agir de même. S'il est, au contraire, le seul agent curatif, on aura des motifs de croire qu'il exerce une action positive sur l'albumine ; car c'est de tous les acides celui qui la coagule le plus promptement.

L'acide nitrique est contre-indiqué dans les cas d'irritation pulmonaire et surtout de tuberculisation, ce qui, comme on le sait, lui est commun avec les acides en général.

MM. Hauser et Canstatt prescrivent un mélange d'éther et d'acide nitriques. M. Forget ne voit pas l'avantage d'ajouter de l'éther nitrique à l'acide. Il n'approuve pas non plus le choix d'un véhicule mucilagineux dont l'effet ne peut être que d'atténuer l'impression de l'acide. Si l'on redoute son excès d'action, il est tout simple d'en diminuer la quantité. Parmi les éléments surannés de la formule, le correctif est, dit-il, dans la plupart des cas, un des plus inutiles. (*Janvier* 1847.)

—

Considérations sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus, et sur son traitement; par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe. — L'affection que l'auteur signale ici à l'attention des praticiens n'a encore été décrite nulle part. Dans la pratique, elle est confondue avec la métrite dont elle simule les symptômes, ainsi qu'avec la simple névralgie utérine, maladie d'ailleurs beaucoup plus rare. M. Bassereau s'est plus rapproché de la vérité, au moins quant à la nature de la maladie, en rattachant certains états de l'utérus à une névralgie des nerfs intercostaux. Mais il s'est trompé, suivant M. Valleix, en ne faisant point la part de la névralgie lombo-abdominale.

(1) Nous mentionnerons aussi le cas d'albuminurie traité avec succès par l'acide nitrique par M. Labus. Voy. notre n° décembre 1846, journaux italiens.

La névralgie lombo-abdominale offre la plupart des symptômes des affections qui ont l'utérus pour siége : telles sont, en premier lieu, les irradiations douloureuses vers les reins, douleurs hypogastriques, sensation de tension vers le périnée ; elle emprunte à la métrite jusqu'aux écoulements blancs et au gonflement du col. Si le traitement était absolument le même, il n'y aurait pas grand inconvénient à confondre des affections si semblables en apparence ; mais la névralgie lombo-abdominale cède très bien aux vésicatoires volants multipliés ; les affections qui siégent primitivement dans l'utérus ne cèdent pas aussi facilement.

La première observation rapportée par M. Valleix à l'appui de ses idées est très remarquable. Madame G... se plaignait de douleurs très vives dans l'abdomen. D'après les renseignements qu'elle fournissait, elle paraissait avoir déjà éprouvé antérieurement des douleurs de nature névralgique. Les règles avaient eu lieu vingt jours auparavant sans douleurs utérines notables.

Les douleurs pour lesquelles la malade consultait M. Valleix existaient depuis sept à huit jours. Elles étaient tantôt sourdes et tantôt s'exaspéraient ; elles s'accompagnaient de pesanteur vers le périnée.

M. Valleix pratique le toucher : il trouve le col de l'utérus un peu volumineux et un peu dur, très douloureux à la pression dans un point peu étendu de son côté gauche, avec retentissement marqué au côté gauche de la région hypogastrique. Il y a un écoulement blanc peu considérable. Les autres fonctions sont à l'état normal.

Dans le but de calmer promptement les douleurs, l'auteur prescrivit un vésicatoire extemporané sur l'hypogastre, pansé immédiatement avec un centigramme de morphine ; un cataplasme laudanisé sur les lombes, des injections narcotiques et une potion calmante.

Ces moyens calment en partie les symptômes, mais non complètement. M. Valleix profite de ce moment de répit pour examiner le col à l'aide du spéculum : il le trouve un peu volumineux, baigné d'une petite quantité de matière blanche assez liquide ; il est, du reste, lisse, sans rougeur, sans granulations. (Deux nouveaux vésicatoires ordinaires aux lombes et au-dessus de la crête iliaque.— Injections opiacées.)

Les deux jours suivants, il y a de l'amélioration ; mais le troisième de nouveaux élancements se font sentir dans l'hypogastre et nécessitent l'application d'un nouveau vésicatoire volant. Il y a d'ailleurs de la constipation que l'on combat par l'eau de Sedlitz.

Dès le lendemain, la douleur est presque complètement dissipée ; le col utérin n'est plus douloureux à la pression ; il n'y a plus d'écoulement notable.

Cinq jours après, la névralgie lombo-abdominale était complètement dissipée ; mais à la place il était survenu une névralgie intercostale, nouveau phénomène morbide bien propre à éclairer sur la nature des premiers symptômes. Trois vésicatoires volants sont appliqués sur les principaux points douloureux, et, sans autre traitement, cette nouvelle névralgie était dissipée au bout de six à sept jours.

Douze jours après, madame G... fut prise subitement de douleurs violentes dans l'hypogastre, étant au spectacle. M. Valleix, appelé à l'examiner de nouveau, trouva l'hypogastre sensible dans toute son étendue et non dans des points limités comme la première fois. Il fallait presser assez fort pour causer de la douleur. Au toucher, il reconnut que le col était volumineux, chaud et un peu sensible partout, mais non douloureux dans un point circonscrit. Il apprit en même temps que madame G... était à l'époque de ses règles, et il ne douta pas que ces symptômes, fort différents de ceux qu'il a décrits plus haut, ne fussent ceux d'une dysménorrhée. Il prescrivit en conséquence huit sangsues aux parties génitales, une potion calmante et un lavement laudanisé. Le lendemain, en effet, les règles s'établirent, coulèrent bien les jours suivants, et les douleurs cessèrent avec leur apparition. Ainsi cette congestion sanguine avec dysménorrhée semblait s'être produite exprès pour fournir un point de comparaison instructif avec la névralgie.

M. Valleix rapporte encore quelques autres observations. Nous nous bornerons à la précédente. Elle suffira pour appeler l'attention de nos lecteurs sur un point éminemment pratique et qui mérite un sérieux examen. (*Ibid.*)

—

Administration de l'huile de poisson commune.—M. Bretonneau, qui le premier en France a expérimenté avec soin l'huile de foie de morue, a constaté, après une assez longue série de recherches, le fait suivant, à savoir, qu'on peut remplacer sans aucun désavantage l'huile de foie de morue par l'huile de poisson commune. Ce résultat est important ; car l'huile de foie de morue est presque toujours d'une composition incertaine, et d'un prix fort élevé lorsqu'on cherche à se la procurer pure. L'huile de poisson commune, qui n'est autre chose que de l'huile de cachalot ou de baleine, est, au contraire, d'un prix très médiocre, et n'est pas d'une administration plus difficile que l'huile de foie de morue. M. Bretonneau la prescrit aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que cette dernière. Les observations de M. Bretonneau ont déjà été vérifiées par quelques médecins des hôpitaux. (*Ibid.*)

—

Érosions superficielles de l'extrémité inférieure du rectum ; administration de lavements au nitrate d'argent.—Cette affection est assez souvent confondue avec la fissure à l'anus dont elle simule les symptômes. L'aspect et la forme des érosions dont il est ici question rappellent assez bien les aphthes lorsqu'elles

sont dénudées de leur petite couche membraneuse. Le toucher seul permet d'ailleurs de les distinguer de la fissure à l'anus; on constate alors qu'il n'y a ni constriction du sphincter ni fissure.

Un exemple remarquable de cette affection s'est présenté dernièrement dans le service de M. Trousseau. Une femme d'une vingtaine d'années accusait des douleurs vives au niveau de l'anus à la suite de chaque garde-robe. Ces douleurs, durant pendant un temps variable d'une demi-heure à plusieurs heures, n'avaient jamais lieu qu'après la défécation et s'accompagnaient parfois de la perte de quelques gouttes de sang. En portant le doigt dans le rectum et faisant saillir au dehors une petite partie de la muqueuse, on constatait facilement l'existence d'une grande quantité de petites érosions superficielles et arrondies. On prescrivit des lavements contenant du nitrate d'argent dans la proportion de 25 centigr. pour 300 grammes d'eau distillée. Ces lavements ne déterminèrent ni douleur ni phénomènes phlegmasiques. L'amélioration, au bout de quelques jours de traitement, était déjà très sensible. (*Ibid.*)

—

Traitement de l'érysipèle par les applications d'éther camphré. — A la pommade au nitrate d'argent qui fournit de bons résultats dans les cas d'érysipèle chez les très jeunes enfants, mais qui n'est pas toujours exempte d'inconvénients, M. Trousseau a substitué la méthode suivante. Il fait, dès le premier jour et pendant toute la durée de l'érysipèle, couvrir les parties atteintes d'une forte solution d'éther camphré. Cette solution se compose ordinairement d'une partie de camphre pour deux d'éther. Au moyen d'un pinceau de charpie trempé dans cette liqueur on touche facilement tous les points érysipélateux, et on étend même un peu au delà les applications d'éther camphré, qu'on répète d'ailleurs cinq à six fois par jour. L'éther s'évapore rapidement, et il ne reste à la surface de la peau qu'une très légère couche de camphre. Cette médication paraît d'une grande puissance. (*Ibid.*)

—

Opération du phimosis; procédé de M. Vidal (de Cassis). — On attire et on fixe le prépuce en avant du gland à l'aide de pinces qui tendent toujours à se fermer et dont le mors est garni de petites pointes. On passe alors, à l'aide d'une aiguille, des fils qui traversent l'épaisseur du prépuce en cinq ou six points; les fils restent ainsi entre le prépuce et le gland, où ils forment des anses. Ceci fait, on coupe avec de forts ciseaux la portion de prépuce qui dépasse le gland; puis, quand le reste du prépuce s'est rétracté, on fait la section des fils au point où ils forment des anses, et, en liant les deux extrémités du même fil, on obtient une réunion très exacte de la peau et de la membrane muqueuse du prépuce inégalement rétractées. La réunion se fait presque toujours par première intention. Il ne se produit ni hémorrhagie, ni érysipèle, ni aucun des accidents signalés par les auteurs. Cette opération est journellement pratiquée avec succès par M. Vidal dans les salles de l'hôpital du Midi. (*Ibid.*)

—

Variole et vaccine simultanées; développement régulier des deux éruptions.—Nous nous sommes suffisamment occupés de cette question pour ne pas y revenir de sitôt. Le fait suivant prouve d'ailleurs qu'elle n'est pas encore résolue; car si nous avons rapporté des cas qui tendent à prouver une influence manifeste de la vaccine sur la variole, celui-ci montre qu'il y a quelquefois aussi indépendance complète dans la marche des deux éruptions.

Obs. Un enfant de neuf mois prit la variole de sa mère dans le service de M. Blache (hôpital Cochin). Il avait été vacciné deux jours avant l'invasion des prodromes. La variole se développe de la manière la plus régulière, soit quant à la forme et à la marche des pustules, soit quant aux phénomènes généraux, et devient très rapidement confluente. En même temps, l'éruption vaccinale se manifeste et marche aussi de la manière la plus normale. Elle débute par une petite élévation papuleuse qui devient bientôt pustuleuse. Il se forme une aréole rouge assez étendue, avec tumeur sous-vaccinale, moins large, mais aussi étendue que celle qu'on rencontre dans des vaccines très régulières. Les pustules vaccinales deviennent bientôt le siége d'une suppuration semblable à celle qui se produit habituellement. Le tout s'est terminé par une pneumonie à laquelle l'enfant a succombé pendant la période de suppuration. (*Ibid.*)

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales; par le professeur Hippolyte Rech, médecin en chef de l'asile des Aliénés. (Suite. Voy. le n° précédent.) — La douche produit dans quelques cas une sensation agréable, surtout si elle est reçue volontairement. C'est au moins ce qu'ont éprouvé deux jeunes médecins, MM. Galtier et de Luppé, qui ont voulu en apprécier les effets par eux-mêmes. Ces mêmes sensations ont été si agréables pour certains aliénés pouvant rendre compte de leur état, qu'ils désiraient les prolonger.

On croit, en général, que la douche a une action unique; c'est une erreur. Les plaintes d'un aliéné ne sont pas celles d'un autre aliéné. La douche agit au moins de trois manières différentes: elle détermine le froid, la commotion cérébrale, la suffocation. Dans l'observation V, M. Rech fait l'histoire d'une manie guérie principalement par le froid de la douche. C'était une sorte de manie puerpérale survenue à l'occasion d'une suppression des lochies. Huit douches furent appliquées à deux jours d'intervalle l'une de l'autre. La malade ne se plaignit jamais que de l'action du froid. La guérison s'est bien maintenue. L'observa-

tion VI est encore un cas de manie intermittente guérie par le froid douloureux de la douche.

Chez d'autres, ce moyen agit en déterminant une commotion douloureuse. C'est ce qu'on voit dans l'observation VII. Le sujet de cette observation n'a point été guéri ; mais le souvenir de la douleur qu'il avait éprouvée le décida à s'habituer au travail et à vivre tranquillement parmi les autres aliénés. On voit dans l'observation VIII une monomanie guérie par suite de la commotion douloureuse qu'avait occasionnée la douche. La douleur paraît être le mode d'action le plus commun de la douche, si l'on en juge du moins par les observations de M. Rech ; ainsi l'observation IX est intitulée : Monomaniaque soumis par suite de la commotion douloureuse que lui fait éprouver la douche. La Xe est un cas de manie avec fureur guérie par la douche déterminant surtout un ébranlement douloureux. La XIe enfin nous offre un lypémaniaque guéri sous l'influence de la même impression. L'auteur fait remarquer toutefois qu'il y eut chez les deux derniers un ébranlement qui fut peut-être indépendant de la douleur. A la suite de la douleur, ces deux aliénés éprouvèrent un bien-être tel qu'ils réclamèrent la douche avec instance pendant plusieurs jours de suite. Aucun des cinq malades que nous venons de citer n'accusa la sensation de froid.

Le troisième et dernier mode d'action de la douche est la crainte de la suffocation qu'elle détermine chez l'aliéné. La XIIe observation offre un cas de lypémanie guérie de cette manière.

En définitive, les trois actions bien distinctes de la douche se confondent le plus souvent en un sentiment de terreur. La crainte de l'asphyxie, bien que l'auteur n'en cite qu'une observation, est l'effet le plus constant de la douche. Toutefois M. Rech n'admet pas qu'il soit le seul, et il s'élève fortement à cette occasion contre les idées trop exclusives de M. Leuret relativement au traitement moral de l'aliénation mentale. A part l'effet moral produit par la douche, il y a, dans un assez grand nombre de cas, une action dynamique qui ne saurait être révoquée en doute. C'est ce qui est incontestablement arrivé chez quelques-uns des malades cités par l'auteur. Malheureusement il avoue n'avoir pas encore fait assez d'expériences pour pouvoir établir dans quels cas il faut de préférence déterminer l'action du froid, le choc encéphalique ou la gêne de la respiration.

Quant aux espèces et variétés d'aliénation qui réclament l'emploi de la douche, M. Rech n'établit pas de division bien nette à cet égard. Il se borne à dire que la douche agit promptement et avec force dans les aliénations mentales avec excitation, tandis que son action est lente et obscure dans les aliénations mentales avec concentration. M. Rech termine par cette dernière proposition : « Des considérations théoriques sur les effets de la douche peuvent aider le praticien dans l'emploi qu'il en doit faire ; mais l'expérience seule le met en état de l'administrer sans danger toujours, avec succès assez souvent. » (*Novembre* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Iodure d'amidon contre l'ascite.—Le 21 septembre est entré dans les salles de M. Burguet un homme atteint d'ascite ; déjà nombre de moyens avaient été inutilement employés. En désespoir de cause, M. Burguet songea que l'iodure d'amidon pourrait bien, par extension, être utile dans l'ascite, comme on a prétendu qu'il l'était dans la péritonite puerpérale. L'abdomen du malade fut donc couvert d'une couche assez épaisse d'amidon ioduré (1 gramme 50 centigr. d'iode pour 100 grammes d'amidon). Dès les premiers jours, il fut facile de reconnaître que les urines, la sueur et les crachats exhalaient une odeur très prononcée d'iode ; l'infiltration des membranes disparut petit à petit, puis l'ascite se dissipa à son tour avec une rare rapidité.

L'amidon ioduré a été aussi employé dans un cas de pleurésie chronique, en attendant que la collection permît, par son accroissement, de pratiquer l'empyème. Le résultat est encore inconnu. (*Décembre* 1846. — *Bulletin des séances de la Société de médecine de Bordeaux.*)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO CHIRURGICALE DE BRUGES.

Empoisonnement par la chélidoine, observé par le docteur Comyn, de Paschendaele. —Le fait suivant tendrait à déplacer la chélidoine du rang que lui ont assigné les toxicologistes dans la classe des poisons irritants. Pendant le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, un homme d'une trentaine d'années, qui habitait une maison dans laquelle cette maladie avait trouvé accès, crut ne pouvoir mieux se préserver du fléau qu'en se gorgeant à plusieurs reprises de fortes décoctions de chélidoine. Il en résulta, au bout de quelques jours, divers accidents qui l'obligèrent, le 21 mai 1845, d'aller consulter M. Comyn. Celui-ci crut reconnaître les symptômes d'une fièvre bilieuse au premier degré, d'autant plus que c'était la maladie régnante dans le pays. Outre les recommandations hygiéniques applicables à la circonstance, un purgatif fut administré. Mais, pendant que le médicament opérait, on appela l'auteur pour une expuition incessante de sang qui s'était déclarée inopinément et s'accompagnait d'un malaise général. Cette expuition n'inquiéta guère M. Comyn, qui la prit pour une simple sécrétion momentanée. Il fut cependant frappé de voir dans toute l'étendue de la face interne de la bouche une multitude de petites taches noires, dont quelques-unes laissaient suinter des gouttelettes de sang.

M. Comyn se retira en recommandant qu'on surveillât bien le malade. Il comptait d'ailleurs sur l'effet du purgatif qui lui réussissait bien contre l'affection régnante. Mais, pen-

dant la nuit, on lui annonça de nouvelles et abondantes évacuations sanguines par les selles et les voies urinaires. Les taches noires de la bouche se sont converties en véritables phlyctènes sanguinolentes de la grandeur de forts pois, lesquelles, s'étant crevées par un coin de leur base, donnent lieu, non plus à une simple expuition, mais à un écoulement hémorrhagique permanent. La peau présentait dans toute son étendue, à des intervalles plus ou moins rapprochés, de ces taches arrondies sans élevures, de même aspect que celles de la bouche avant leur vésication. Le blanc des yeux est parsemé d'ecchymoses moins régulières, d'une belle couleur rouge-vermeil qui tranche sur le fond pâle de la sclérotique.

L'auteur apprit bientôt quelle était la cause véritable de cette étrange hémorrhagie. Il lui opposa le froid et les acides sous diverses formes. Malgré cela, le sang continua pendant trois jours à s'extravaser par les voies digestives et urinaires. Le troisième jour, alors que le malade était presque exsangue, il survint une épistaxis qui faillit l'enlever. Cependant cette nouvelle hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter. Les selles sanguinolentes se supprimèrent ensuite et furent remplacées par de la constipation. L'hématurie cessa aussi petit à petit. Le malade a parfaitement guéri.

Galien, Dioscoride et Boerhaave ont recommandé la chélidoine contre diverses maladies. Le fait précédent montre qu'il faudrait être très prudent, au moins sur les doses.

(*Année* 1846.)

Revue des journaux allemands.

REPERTORIUM FUR DIE PHARMACIE.

Emplâtre agglutinatif exempt de plomb; par M. PETTENKOFFER. — Le diachylon gommé n'est pas toujours absolument exempt d'inconvénients. Le savon de plomb qui en fait la base a quelquefois causé des accidents. M. Pettenkoffer propose de substituer à cet emplâtre agglutinatif la préparation suivante :

On mélange 1 partie de poudre de savon calcaire avec 1/2 partie de térébenthine cuite et 1/8 partie de suif. On fait bouillir le mélange avec autant d'eau jusqu'à ce que la masse entre en fusion bien homogène, puis on la malaxe avec de l'eau froide à la manière ordinaire. S'il restait dans cette masse des morceaux de savon calcaire non dissous, il suffirait de la passer à travers une étoffe de laine. Le savon calcaire ne fait que se ramollir dans l'eau bouillante ; mais le mélange de térébenthine cuite en facilite la fusion.

Quant au savon calcaire, il se prépare de deux manières : ou bien on saponifie directement de l'huile d'aloès avec l'hydrate de chaux suspendu dans de l'eau, et il y a alors formation de margarate et d'oléate de chaux, et séparation de glycérine ; ou bien on décompose une dissolution d'un savon d'huile dans de l'eau par un sel calcaire soluble. Le chlorhydrate est celui qui réussit le mieux. Pour exécuter le premier de ces procédés, on prend 1 once 1/4 de chaux récemment calcinée, que l'on éteint avec 6 onces d'eau pour en faire un lait de chaux; il faut bien s'assurer de la division parfaite de toute la quantité de chaux employée. On chauffe alors 6 onces d'huile d'olives dans une bassine de cuivre étamée, à quelques degrés seulement au-dessus du point d'ébullition de l'eau, et l'on ajoute le lait de chaux à l'huile chaude. On entretient le mélange à la température de l'eau bouillante en remuant constamment jusqu'à ce qu'une petite quantité retirée de ce mélange ne s'attache plus aux doigts après le refroidissement et soit très friable. Il faut remplacer de temps à autre l'eau qui s'évapore pendant cette opération.

Le savon calcaire qui fournit le plus bel emplâtre s'obtient en décomposant une dissolution de savon d'huile dans de l'eau par une pareille dissolution de chlorure de calcium. On exprime le précipité, on le sèche, on le pulvérise avec 1/2 partie de térébenthine cuite, et on fait fondre le mélange dans de l'eau bouillante avec 1/8 partie de suif. Cet emplâtre agglutinatif calcaire ressemble tout-à-fait, par l'aspect extérieur et la consistance, à celui de plomb employé jusqu'à ce jour; il est d'ailleurs très agglutinatif. (2e série, vol. XLIII, cah. 1;—*Abeille médicale.*)

ŒSTERREICHISCHE WOSCHENSCHRIFT.

Du seigle ergoté contre la spermatorrhée; par le docteur JAROWITZ. — Nous avons déjà rapporté un cas de pertes séminales guéries par l'ergot de seigle dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon. Ce médicament avait été conseillé, dans cette occasion, par M. Rognetta comme un hyposthénisant avec action élective sur les organes génitaux de l'un et de l'autre sexe. Il serait heureux que cet agent répondît aux espérances qu'en ont conçues les médecins italiens; car il s'en faut de beaucoup que la cautérisation de l'orifice des vésicules séminales, introduite dans la thérapeutique par M. Lallemand, ait un succès constant et surtout durable.

M. Jarowitz a recueilli douze observations de guérison de pertes séminales par l'ergot de seigle, ce qui est un très bon résultat. Il le conseille dans les cas où cette affection est causée par l'atonie ou par une irritation excessive des organes génitaux. Il l'administre aussi récemment pulvérisé que possible, à la dose de 4 à 6 grains à prendre trois fois par jour à jeun ou longtemps après le repas. Lorsqu'on l'a administré trois ou quatre jours, on le suspend pour le reprendre ensuite. En même temps il fait prendre au malade, matin et soir, un bain de siége froid et un lavement également à l'eau froide. Il pense que ce dernier moyen peut n'être pas sans influence sur la guérison; mais c'est au premier qu'il attribue le plus de puissance. Il lui croit une action spéciale sur les nerfs qui naissent de la partie inférieure de la moelle épinière. Voici la

plus remarquable des douze observations qu'il rapporte :

Obs. — Un homme de 36 ans, adonné à l'onanisme depuis l'âge de 10 ans, et ensuite à toutes sortes de débauches, vint réclamer les soins de l'auteur. Il se maria à l'âge de 28 ans quoiqu'il fût complètement épuisé, croyant retrouver dans une alimentation tonique les forces qu'il avait perdues. Mais il se trompa. Dans ces dernières années, il était devenu très faible des jambes surtout. Il était, d'ailleurs, en proie à des céphalalgies continuelles, à des vertiges; les facultés intellectuelles étaient très affaiblies; il était en outre très affecté au moral. Il avait souvent froid aux pieds et éprouvait des frissons perpétuels le long de la colonne vertébrale. La marche devint ensuite si incertaine que l'on fut obligé de le porter. Les pertes séminales dataient de quatre ans, est-il dit dans l'observation ; mais il est probable qu'elles remontaient à une époque plus reculée. Elles avaient lieu la nuit, sans érections. Dans le jour, il suffisait de la plus légère excitation sexuelle pour provoquer une éjaculation.

On opposa à cette maladie les moyens les plus variés, et, en désespoir de cause, le malade alla à Græffenberg essayer l'hydrothérapie. Rien ne lui réussit. M. Jarowitz lui prescrivit alors l'ergot de seigle à la dose de 25 centigr. par jour en trois fois. Il lui prescrivit en outre de prendre, matin et soir, un bain de siége froid, un lavement froid, et de faire des frictions spiritueuses le long de la colonne vertébrale. Après un mois de ce traitement, les pollutions commencèrent à ne plus revenir que tous les quatre ou cinq jours. Le seigle ergoté fut alors porté à la dose de 40 centigr. par jour. Tous les quatre jours, on le suspendait pendant deux jours consécutifs. L'état du malade continua de s'améliorer. Au bout de six semaines, on remplaça le seigle ergoté par l'acétate de fer, tout en continuant les applications froides. La guérison fut complétée par l'usage d'une eau minérale ferrugineuse.

Revue des journaux italiens.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

De l'iode dans le traitement de la chlorose et de l'aménorrhée. — M. le docteur Fantonetti, de Milan, a publié, sous le titre de *Annotazioni terapeutiche attenenti all' iodio*, quelques cas de guérison de la chlorose par l'iode qui méritent de fixer l'attention. Ces faits sont au nombre de treize. Nous nous bornerons à citer les plus intéressants.

La première observation est relative à une jeune fille de 23 ans qui avait eu un arrêt subit de l'écoulement menstruel pour s'être exposée les jambes nues à un courant d'eau froide. Les règles ne reparaissaient pas depuis dix mois, malgré plusieurs applications de sangsues aux aines, et l'emploi de divers emménagogues, tels que l'aloès, le safran, la sabine. Elle était tombée dans un état général de langueur et de boursouflement des chairs, avec palpitations de cœur, appétit nul ou dépravé, tristesse, diminution des sécrétions, gonflement des pieds. M. Fantonetti prescrivit : iode très pur 2 grains, extrait de sabine 1 scrupule, pour 16 pilules, une à prendre toutes les trois heures. Ces pilules furent consommées en deux jours sans produire d'effet physiologique ou thérapeutique appréciable. On porta alors la dose de l'iode à 3 grains à prendre également en deux jours ; et comme il y avait constipation depuis quelques jours on administra un purgatif. Il y eut une diurèse abondante. L'iode fut ensuite associé aux mêmes doses avec un gros d'aloès, le tout pour faire 36 pilules qui devaient être prises au nombre de trois toutes les trois heures. Il en résulta des évacuations urinaires et alvines abondantes. L'extrait de sabine fut alors repris avec l'iode. Le gonflement des pieds disparut, l'appétit revint, toutes les fonctions se firent mieux. Les trois grains d'iode furent encore prescrits à deux reprises, et les règles se déclarèrent enfin, avec de légères douleurs de reins. On favorisa l'écoulement par les moyens locaux appropriés. On revint à l'iode quatre jours avant l'époque du retour suivant des menstrues La guérison a été complète et s'est bien maintenue.

Dans la 2e observation, il s'agit d'une demoiselle de 27 ans, rachitique, assez mal réglée, qui éprouva en 1840 une forte métrorrhagie en dehors de l'époque menstruelle. Cette perte s'étant montrée fort opiniâtre, on la combattit par la glace *intùs* et *extrà*. Les règles ne reparurent pas les quatre mois qui suivirent, et la malade maigrit, eut une céphalalgie continuelle, de l'insomnie, de l'inappétence, des palpitations de cœur, un pouls fréquent, de la dyspnée, de la constipation. On prescrivit sans succès l'aloès, la sabine et les ferrugineux. M. Fantonetti lui fit prendre de l'iode en pilules associé à l'aloès. L'iode fut d'abord très bien toléré à la dose de 2 grains pour quarante-huit heures. On monta ensuite à 3 grains. Il y eut alors des douleurs abdominales, des garde-robes et des selles abondantes. L'iode fut ensuite prescrit à dose encore plus forte pendant quatre jours, et les règles reparurent 72 heures après. La menstruation suivante s'étant fait attendre, on revint à l'iode qui les fit paraître au bout de deux jours. La santé revint et la guérison a été durable.

Chez le sujet de la troisième observation, l'iode en solution alcoolique n'avait pas été suivi de l'effet désiré. On a été plus heureux avec l'iodure de fer.

Dans la quatrième, on voit l'iode produire deux fois chez le même sujet, à six mois d'intervalle, des résultats très rapides.

La malade de la cinquième observation, veuve de 35 ans, aménorrhéique à la suite de chagrins, n'a pas très bien supporté l'iode associé à l'iodure de potassium, non plus que la teinture iodurée. Elle a eu des coliques, de la salivation, du pyrosis. Ces accidents ont été facilement apaisés au moyen

de la gélatine d'amidon; deux jours après les règles ont reparu. La guérison s'est maintenue.

Dans les observations 5 et 6 l'iode a complètement échoué, la tolérance gastro-intestinale n'ayant pu s'établir. Toutefois, les accidents ont été facilement calmés à l'aide de la gélatine d'amidon.

On a été plus heureux chez la huitième malade qui avait vu ses règles se supprimer à la suite d'une frayeur subite. L'iode fut employé à plusieurs époques menstruelles consécutives avec succès, et la guérison a été durable.

Le sujet de la neuvième observation était une demoiselle de vingt et un ans, scrofuleuse. L'iode associé à l'amidon a amélioré l'état des voies digestives; les menstrues ne reparaissant pas, on a eu recours à l'iodure de fer qui n'a pu venir à bout de ramener les règles. Mais il en a probablement provoqué le retour, qui s'est opéré peu après avec de très fortes douleurs sous l'influence de l'exercice corporel à la campagne. Le rétablissement a été complet.

Le treizième et dernier fait offre le cas le plus grave; car la cessation des règles, qui datait d'un an, semblait se rattacher à une hypertrophie des glandes mésentériques. Il y avait des palpitations insupportables avec dyspnée. Les ganglions mésentériques paraissaient à travers les parois abdominales avoir le volume de noisettes. L'iodure de potassium employé assez longtemps fut sans effet. L'iode pur associé à l'aloès ramena l'appétit; mais on craignit la trop grande abondance des selles et on passa au proto-iodure de fer qui fut administré pendant deux mois à la dose de 1 à 2 grains. Les règles se montrèrent alors. On a employé depuis les bains iodés au nombre de vingt; les glandes mésentériques sont entrées en voie de diminution et la guérison s'est progressivement complétée. Cette jeune personne, âgée alors de vingt ans, s'est mariée depuis et est aujourd'hui enceinte. (*Avril* 1846.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 *janvier.*

Inhalations d'éther. — On lit une lettre de M. Landouzy; elle contient les principaux faits suivants :

Une femme de trente ans environ fut soumise aux inspirations de vapeur d'éther; le vase dans lequel était contenu l'éther était chauffé à la température de 32 degrés. Au bout de vingt minutes, la malade disait se trouver dans un état fort agréable, et éprouver des sensations analogues à celles qu'elle éprouve habituellement après avoir bu trois flûtes de vin de Champagne. (Hilarité générale.) Au bout de quarante-cinq minutes, tendance au sommeil; la dame répond cependant aux questions qu'on lui adresse et n'a pas perdu connaissance. On lui arrache aussitôt la première grosse molaire, extraction qui provoque chez elle un léger cri de surprise plutôt que de douleur. Après son réveil, elle déclare n'avoir presque pas souffert de cette opération.

Chez une jeune fille préalablement assoupie par les vapeurs d'éther, M. Landouzy a enlevé une tumeur située dans la région mastoïdienne. Il n'y a point eu d'hémorrhagie après l'opération. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que quatre petites artères ont donné du sang.

Dans deux autres expériences les résultats ont été nuls, même après une demi-heure d'aspirations éthérées.

M. Landouzy appelle l'attention des chirurgiens sur le retard des hémorrhagies, lesquelles pourraient, en pareille circonstance, ne survenir que longtemps après les opérations, et déterminer des accidents si l'on ne prenait pas les précautions convenables.

Enfin, les dernières pièces de la correspondance sont des notes accompagnant des appareils pour l'inhalation de l'éther, adressées par MM. Charrière, Lüer et Lebert.

—M. Honoré rend compte de deux expériences qu'il a faites depuis la semaine dernière. L'une de ces expériences est relative à un cas de névralgie faciale extrêmement intense, et qui s'était montrée jusqu'à ce jour rebelle à toutes sortes de médications. Les accès étaient si violents que, pendant toute leur durée, le malade ne pouvait ni parler ni manger, et ces accès duraient plusieurs heures. Dans cette circonstance, M. Honoré pensa aux inspirations d'éther; il se borna à placer un flacon d'éther sous le nez du malade en l'engageant à inspirer fortement à plusieurs reprises : il en a éprouvé sur-le-champ un calme tel qu'il a pu parler aussitôt. Le second cas est relatif à une tumeur dans le flanc.

M. Bouley : La découverte dont il s'agit paraît devoir acquérir une grande importance, et le public s'en préoccupe beaucoup; mais il y a une chose fâcheuse : c'est que jusqu'à présent les résultats paraissent être très variables. Tantôt on réussit, tantôt on ne réussit pas. Cela ne tiendrait-il pas à ce qu'on n'a pas eu encore jusqu'à présent une manière régulière de procéder? Je crois qu'il serait utile que l'on cherchât à déterminer d'une manière précise le moyen le plus convenable d'administrer l'éther et de le doser. On devrait, ce me semble, pour arriver à ce résultat, l'essayer sous différentes formes, s'assurer si, administré par l'estomac, il n'agirait pas plus directement et à dose moins élevée qu'en inspiration. Ne serait-il pas convenable qu'une commission reçût de l'Académie la mission de faire à cet égard toutes les expériences qu'elle jugerait convenables?

M. Renault: Puisque la question s'engage sur l'éther, il ne sera peut-être pas inutile de faire connaître à l'Académie les expériences qui ont

été commencées à Alfort par M. le professeur Bouley, fils de notre honorable collègue. Quatre chiens et deux chevaux ont été soumis à cette expérience ; j'ajouterai qu'un élève d'Alfort s'y est également soumis. Deux chiens sur quatre ont éprouvé des effets appréciables. L'un de ces deux chiens, après trois minutes d'inspiration, s'est affaibli et a paru s'endormir ; chez le second, il a fallu prolonger les inspirations pendant dix minutes. Sur le premier, on a amputé la cuisse, lié l'artère fémorale, pincé le nerf ; on a tiraillé la peau en l'attirant sur l'extrémité du moignon ; on a enfin pratiqué des incisions sur diverses parties du corps, sans qu'il ait paru témoigner la moindre douleur. On a ensuite endormi une chienne par le même moyen ; seulement, comme on craignait qu'en maintenant constamment les narines bouchées, la respiration ne finît par être embarrassée, on alterna les inspirations avec des instants de repos, ce qui ne parut pas affaiblir le résultat. Au bout de quelques minutes, l'animal était endormi. Cette chienne avait un polype utérin ; on a pu l'enlever pendant cet état de sommeil sans qu'elle en ait ressenti aucune douleur. Chez un autre chien, qui avait une fracture mal consolidée, on a rompu le cal et on a appliqué un appareil, le tout sans douleur. Enfin, on a injecté dans la veine jugulaire d'un cheval de 16 à 18 onces d'éther ; le cheval est tombé aussitôt dans un état de somnolence.

J'en viens à l'élève, pour suivre l'ordre des expériences : cet élève, après avoir inspiré de l'éther, a accusé une sensation qu'il n'a pu mieux comparer qu'à celle que l'on éprouve après avoir bu du vin de Champagne ; puis il s'est endormi d'un sommeil tranquille et heureux, ainsi qu'il l'a dit depuis. Pendant qu'il était plongé dans ce sommeil, on lui a enfoncé un bistouri dans le mollet, on a fait quelques petites incisions. Lorsqu'il s'est réveillé, il a déclaré n'avoir rien senti.

M. Rochoux : M. Delaroche, beau-père de M. Duméril, avait l'habitude d'employer la vapeur d'éther chez les phthisiques. Je me rappelle que quelques malades en éprouvaient un certain degré d'ivresse. Je pense, du reste, que les effets doivent être très variables, et que l'on doit s'attendre à plus d'un mécompte aux miracles que l'on raconte maintenant.

MM. Gerdy, Roux, Velpeau et Laugier répètent de vive voix à l'Académie ce qu'ils ont dit ou écrit à ce sujet à l'Académie des sciences. (*Voir plus bas.*)

Séance du 2 février.

Inhalations d'éther. — M. Honoré rapporte un cas de névralgie faciale que l'on croyait dépendre d'une carie dentaire ; mais l'avulsion de la dent n'empêcha pas la névralgie de persister. Les inhalations éthérées l'ont seules fait disparaître.

M. Jobert cite toutes les expériences qu'il a faites avec l'éther. Il nous est impossible d'entrer dans les détails de chacune d'entre elles. Les unes ont eu du succès ; d'autres, en plus petit nombre, n'en ont pas eu ; il y a eu quelques accidents fâcheux, tels que violente irritation des bronches, terreur panique, agitation, persistance des effets de l'éther, etc. ; mais M. Jobert, qui est le premier chirurgien de Paris qui ait expérimenté l'éther, n'a eu longtemps à sa disposition qu'un appareil très imparfait. En résumé, il croit que l'éthérisation convient parfaitement dans des opérations courtes et très douloureuses, telles que les amputations, mais non dans les opérations très longues dans lesquelles il devra y avoir perte de sang.

M. Blandin croit que l'éther agit en produisant une ébriété analogue à l'ébriété alcoolique. A la troisième période de l'éthérisation, les sujets sont ivres-morts et dans une insensibilité complète ; mais dans les deux premières ils n'ont pas perdu toute sensibilité, et s'ils disent n'avoir point souffert, c'est qu'ils ont perdu la mémoire de leurs impressions.

M. Bouvier pense, contrairement au préopinant, que l'insensibilité a lieu dès la seconde période. Dans un cas de colique saturnine, il a obtenu du calme prolongé dès le premier essai, puis au bout de quelques jours une guérison complète. Il lui semble que la durée de l'action de l'éther dans ce dernier cas (40 minutes) doit faire modifier l'opinion des chirurgiens qui craindraient de recourir à l'éther dans des opérations de longue durée. Il pense, en outre, que ce moyen trouverait des applications utiles dans l'obstétrique.

M. Roux reproduit les faits qu'il a exposés la veille devant l'Académie des sciences. Il ne croit pas qu'il y ait, à proprement parler, trois périodes distinctes dans l'action de l'éther ; il n'y a qu'un accroissement graduel de phénomènes, un commencement, un milieu et une fin.

M. Malgaigne a trouvé les effets de l'éther très variables ; l'ébriété par l'éther, comme l'ébriété par le vin, rend les uns furieux, les autres tendres ou gais ; d'autres ne sont qu'assoupis. Plusieurs malades, qui étaient simplement assoupis, conservaient la conscience de leur état, au point d'encourager même le chirurgien, et pourtant ils ne sentaient rien ou tout au plus un mouvement de pression ou une légère piqûre. Lorsque les sujets sont complètement endormis, ils ont l'air de souffrir, mais ils ne souffrent réellement pas ; car tous ont déclaré plus tard n'avoir rien senti. Il en est d'autres plus malheureux qui semblent ne rien sentir excepté la douleur. Quant à ce qui est des appareils, les plus petits sont les meilleurs ; on y met moins d'éther et l'on n'est pas tenté de s'en servir le lendemain sans y ajouter une nouvelle dose d'éther, ce qui arrive avec les plus grands. Or, il est à remarquer que l'éther s'acidifie et perd ses propriétés par le contact avec les éponges.

M. Orfila lit un extrait de son *Traité de toxicologie* dans lequel il prouve que l'action produite par l'éther est une vraie ébriété.

Séance du 9 février.

Inhalations d'éther. — M. Cloquet déclare n'être point satisfait des divers appareils à

éther qui ont été préparés jusqu'à présent. Il a reconnu que les effets sont plus prononcés et plus prompts lorsque l'inhalation est faite par le nez que lorsqu'elle est faite par la bouche. Il présente un appareil de son invention, préparé *ad hoc*.

— M. Gerdy est d'avis qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir le bénéfice de l'insensibilité, de pousser l'action de l'éther jusqu'au sommeil. On pourra à l'avenir éviter de pousser l'éthérisation jusqu'à des limites dangereuses.

— M. Amussat rend compte d'expériences qu'il a faites sur des animaux. Ces expériences l'ont conduit à reconnaître qu'il ne faut pas trop insister sur les inspirations d'éther; car ces inspirations, si peu prolongées qu'elles soient, ne tardent pas à tuer les animaux. Il a constaté un phénomène remarquable : c'est la transformation du sang rouge en sang noir, sous l'influence de l'éther, dès le moment où l'animal commence à devenir insensible.

— M. Longet donne lecture d'un mémoire touchant les effets de l'inhalation éthérée sur le système nerveux des animaux. Il est arrivé à des résultats analogues à ceux de M. Amussat. Il pense qu'on pourrait avec l'ammoniaque suspendre les phénomènes de l'éthérisation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 *janvier* 1846.

Inhalations d'éther sulfurique. — M. Ducros réclame, dans une lettre adressée à l'Académie, la priorité de la découverte de la nouvelle propriété attribuée à l'éther sulfurique.

Le fait d'avoir reconnu que l'éther sulfurique amène un sommeil cataleptique, dit-il, lui appartient en propre. MM. Jackson et Morton n'auraient fait que reproduire chez l'homme, en Amérique, ce qu'il avait fait chez les animaux en France. Tous ses titres à cet égard sont renfermés dans un mémoire qu'il a adressé le 16 mars 1846.

M. le secrétaire perpétuel prévient, à cette occasion, l'Académie qu'un paquet cacheté déposé le 28 décembre dernier par M. Élie de Beaumont, au nom de M. le docteur Ch. Jackson (de Boston), vient d'être ouvert par M. le président, sur la demande qu'en a faite cet honorable membre. Ce paquet contient deux lettres de M. Jackson à M. Élie de Beaumont, en date du 13 novembre et du 1er décembre 1846, relatives toutes deux à la propriété qu'ont les inspirations de vapeurs d'éther sulfurique de produire l'insensibilité.

M. Velpeau témoigne son étonnement de ce que M. Jackson aurait voulu faire un secret jusqu'à ce jour de cette invention, tandis qu'il en est fait mention depuis plusieurs mois dans les journaux américains et dans les journaux anglais. Il rappelle en quelques mots, à cette occasion, l'historique de cette découverte, et fait connaître en ces termes les résultats qu'il a lui-même obtenus : Depuis quelques jours, dit-il, j'ai fait l'essai de ce nouveau procédé, et les effets que j'en ai obtenus sont fort divers et en général peu satisfaisants. Quelques malades se sont montrés tout-à-fait réfractaires à l'action de l'éther ; d'autres en ont éprouvé un trouble particulier, une sorte d'ivresse, mais sans perte complète de connaissance et sans abolition de la sensibilité; chez d'autres enfin, les inspirations d'éther ont déterminé des effets fort désagréables. Une personne, par exemple, à qui l'on a arraché une dent, m'a dit après, avoir beaucoup souffert, quoiqu'elle n'eût, par aucun geste, exprimé la souffrance pendant l'opération ; elle était, disait-elle, dans une sorte d'extase très pénible qui l'empêchait de se plaindre. Une autre personne a été jetée dans un état de trouble particulier des sens et une sorte d'ivresse exprimée par une grande loquacité, mais sans perte complète de connaissance ; elle a dit avoir parfaitement senti la douleur produite par une piqûre de lancette. Une troisième, qui venait de subir une amputation et qui n'a pas bougé pendant toute la durée de l'opération, a dit avoir peu souffert. Je crois, en résumé, qu'il est nécessaire de n'accepter qu'avec une grande réserve les conclusions que l'on voudrait tirer de faits de cette nature, et il ne m'est d'ailleurs pas prouvé encore que l'emploi de cette méthode soit sans inconvénient.

M. Serres : Je demanderai si l'on sait quel est l'effet de ces inspirations sur les suites de l'opération, quelle est leur influence sur la réaction. Il est évident que si l'éther n'avait que les inconvénients qui viennent d'être signalés et que ses effets sur les suites de l'opération dussent être favorables, il faudrait passer par-dessus ces inconvénients et se féliciter, même à ce prix, d'un pareil résultat.

M. Velpeau : Je dois convenir qu'il n'y a pas eu jusqu'à présent, à ma connaissance, d'accident grave. Chez un malade seulement, le trouble nerveux a persisté pendant vingt-quatre heures; mais il avait été soumis à l'action de l'éther pendant plus d'une demi-heure, et en avait en quelque sorte été imprégné.

M. Serres : Lorsque, dans certaines inflammations du poumon ou de la plèvre, on administre des potions éthérées à haute dose, la douleur qu'éprouvent les malades est ordinairement calmée par suite de l'espèce de sidération que produit cette substance ; mais il en résulte aussi presque toujours une prolongation de la maladie qui résiste plus longtemps à l'action des autres moyens de traitement. C'est cette sorte de sidération qui me fait demander si les suites ne pourraient pas être fâcheuses.

M. Roux : J'ai répété quatre ou cinq fois l'expérience et je n'ai obtenu jusqu'à présent aucun résultat. Cela tiendrait-il à la manière de procéder, à la dose d'éther inspiré ? Je l'ignore. Je me suis servi de plusieurs appareils, entre autres de celui de Richard, destiné aux fumigations aromatiques; aucun procédé ne m'a réussi. J'ai cru reconnaître qu'il ne fallait ni

trop, ni trop peu d'éther, et que ce n'était que par des tâtonnements, des essais multipliés, qu'on pourrait arriver à trouver la dose convenable. Aussi n'y ai-je pas encore renoncé. J'ajouterai qu'il y a des contre-indications qui devront s'opposer, dans plusieurs circonstances, à l'emploi de ce moyen : tels sont, par exemple, les cas d'opération qui exigent de la part du malade de la volonté et une participation active ; tels sont encore les cas où l'on aurait à craindre un état syncopal. Je crois, en résumé, que c'est une question beaucoup plus complexe qu'on ne le pense ; je déplore même, en raison de l'importance de cette question, la publicité prématurée qui lui a été donnée.

—M. Elie de Beaumont donne à l'Académie quelques explications sur la circonstance du dépôt sous pli cacheté qu'il a cru devoir faire au nom de M. Jackson, et insiste sur les titres scientifiques de M. Jackson, qui recommandent sa découverte à l'attention de l'Académie.

Séance du 25 janvier 1846.

Inhalations d'éther. — M. Laugier rend compte, dans une lettre qu'il adresse à l'Académie, d'un essai qu'il vient de faire à l'hôpital Beaujon de la méthode de l'inhalation de l'éther sulfurique pour un cas d'amputation de la cuisse.

Une jeune fille de dix-sept ans, après avoir respiré pendant trois ou quatre minutes le mélange d'air et de vapeur éthérée, a été plongée dans un véritable sommeil extatique. M. Laugier a aussitôt pratiqué l'amputation, dont tous les temps ont eu lieu isolément. La durée de l'opération a été d'une minute et demie. M. Laugier a lié ensuite les vaisseaux, et il allait commencer le pansement, lorsque la malade a repris connaissance en se plaignant d'être réveillée et d'être revenue *parmi les hommes* (ce sont ses propres expressions) ; car, a-t-elle ajouté, elle se croyait pendant son sommeil avec Dieu et ses anges, qu'elle voyait autour d'elle. Elle n'avait donné pendant l'opération aucun signe de douleur, et quand on lui a demandé si elle avait souffert, elle s'est écriée avec l'expression de l'étonnement : « Comment ! est-ce que ma cuisse a été coupée ? » Cette exclamation, ajoute M. Laugier, suffisait pour démontrer le fait de l'insensibilité complète pendant l'amputation, et la malade l'a confirmé en ajoutant qu'elle n'avait rien senti. Vingt personnes, présentes à l'opération, ont trouvé la démonstration péremptoire. Le pansement a été achevé sans que la malade témoignât de la douleur ; mais, aussitôt qu'elle a été replacée dans son lit, elle a commencé à souffrir de sa plaie, comme cela s'observe dans toutes les amputations. Des calmants ont été prescrits. Le lendemain, la malade était très bien.

Quelques jours auparavant, une femme assoupie par l'éther sulfurique avait subi, en présence de M. Laugier, avec la même insensibilité, l'arrachement de deux dents molaires.

— M. Gerdy communique les résultats des expériences qu'il a faites sur la respiration de l'éther. Ces expériences ont été faites sur lui-même et sur d'autres personnes. Voici en quels termes M. Gerdy rapporte les effets qu'il a observés sur lui-même :

Je me suis soumis, dit-il, à des inspirations d'air chargé d'éther, au moyen d'éponges baignant dans une couche de 4 à 5 millimètres de ce fluide. Je respirais par un tube de 12 millimètres de diamètre, dans un flacon à deux tubulures d'un litre et demi de capacité. Le picotement que j'éprouvai dans la gorge et la trachée-artère me causa d'abord de la toux ; mais, étant bien résolu à y résister, je triomphai promptement de ce petit obstacle. Les picotements et la toux me parurent s'apaiser sous l'influence assoupissante des aspirations éthérées.

Dès ce moment je ressentais déjà de l'engourdissement avec chaleur, comme si des vapeurs alcooliques et enivrantes me montaient au cerveau. Cet engourdissement se répandit promptement partout, et d'abord aux pieds et jusqu'aux orteils, puis aux jambes et en même temps aux bras, ensuite aux reins et aux organes de la génération. Il croissait rapidement à chaque inspiration ; il était accompagné dans les organes sensibles d'une sensation de chaleur agréable et d'une sensation de fourmillement, de tremblotement ou de vibration semblable à celle qu'on éprouve en touchant un corps vibrant, une grosse cloche qui résonne. L'ensemble de ces deux sensations parvenues à leur apogée est une impression obtuse, très agréable et remplie de volupté, une impression analogue à celle de l'ivresse.

L'engourdissement causé par l'éther est encore analogue à celui que donne l'hydrochlorate de morphine ou l'opium. C'est cet engourdissement qui, en émoussant la sensibilité tactile générale, diminue la douleur pendant les opérations.

La vue n'est pas sensiblement modifiée par cet engourdissement, car j'ai lu des caractères de philosophie à une faible lumière dans un moment où j'étais fort engourdi.

L'ouïe a été plus altérée. L'audition devient de moins en moins distincte à mesure que l'ivresse augmente ; elle devient de plus en plus claire et nette à mesure qu'elle se dissipe, en sorte qu'on croirait entendre des bruits qui s'obscurcissent parce qu'ils s'éloignent et qui s'éclaircissent ensuite parce qu'ils se rapprochent. Cependant les sons semblent d'autant plus retentissants dans les oreilles que l'engourdissement est plus profond ; mais cette intensité ne les rend pas plus clairs.

Je me suis assuré que les sensations de l'odorat, du goût, du tact proprement dit, du chatouillement, n'étaient point paralysées par l'engourdissement général que j'éprouvais ; mais je me sentais les paupières pesantes, l'envie de dormir et surtout de m'abandonner aux charmes dont j'étais enivré.

Cependant, soit parce que ces phénomènes avaient acquis le maximum de leur développement, soit parce que je voulais m'observer jus-

qu'au dernier moment, je ne me laissai point aller à la tentation de m'abandonner aux séductions qui me charmaient, et je ne m'endormis pas. Je continuai à m'observer, et comme je venais d'examiner mes sensations, je portai mon attention sur mon intelligence. Je remarquai de suite qu'à l'exception des sensations vibratoires d'engourdissement qui rendaient mes sensations tactiles générales et la douleur obtuses, qu'à l'exception des bourdonnements d'oreille qui m'empêchaient de distinguer nettement ce que j'entendais, mes perceptions, mes pensées étaient très nettes et mon intelligence parfaitement libre. Mon attention était aussi très active, ma volonté toujours ferme, si ferme que je voulus marcher et que je marchai en effet pour observer l'état de ma locomotion. Je reconnus alors que la *musculation* est un peu moins sûre et moins précise dans ses mouvements, à peu près comme chez une personne légèrement enivrée ou au moins étourdie par des boissons alcooliques. A l'exception de la prononciation, qui est un peu embarrassée et plus lente, les autres fonctions de l'économie animale ne m'ont pas semblé sensiblement altérées. Mon pouls, exploré au moment de mon plus profond engourdissement, n'a pas présenté de différence dans le nombre et la force des battements artériels.

La même expérience répétée sur huit ou dix personnes, hommes ou femmes, a donné des résultats analogues, mais non absolument semblables, surtout sous ce rapport, que quelques-unes ont perdu, comme dans le sommeil, la conscience d'elles-mêmes, que quelques autres offrent des phénomènes de gaîté, d'obscurcissement de la vision qui manquent chez beaucoup.

Observations faites sur des opérés.—1° Ayant engourdi un malade que je voulais opérer de la cataracte par extraction, je lui ai piqué et percé la cornée ; mais quand j'ai voulu continuer, l'œil du malade a tellement fui devant l'instrument que, pour ne pas compromettre l'opération, je l'ai abandonnée. J'ai voulu alors recourir à l'abaissement ; mais l'œil se montra encore si mobile, que je fus obligé de m'abstenir encore une fois. Je piquai alors le malade au nez et à la lèvre, on lui pinça la main, et quand il fut réveillé, il se rappela très bien avoir été pincé, mais il ne parla point des piqûres faites au nez et à la lèvre.

2° J'ai excisé, sur un autre malade également engourdi, un lambeau de peau décollé par un clapier compliquant une fistule à l'anus déjà opérée ; le malade le sentit, mais il témoigna bien moins de douleur qu'il n'en témoignait les jours précédents pour de simples pansements.

3° Un malade opéré depuis dix ou douze jours d'une hernie étranglée à l'aine, ayant chassé sa hernie jusqu'au fond du scrotum, par-dessous la cicatrice de l'opération presque cicatrisée, j'ai dû tâcher de réduire sa hernie. Mais il a vivement souffert dans ces efforts de réduction, malgré les inspirations d'éther.

4° Je me suis fait traverser la peau de la main de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, avec une aiguille, après m'être engourdi ; je n'ai senti qu'une faible douleur.

5° Une jeune fille engourdie a porté sa main à sa nuque, sans se plaindre, pendant qu'on y pratiquait une incision profonde. Elle s'est plus tard réveillée en riant beaucoup et sans parler de l'incision qu'elle avait soufferte à la nuque. Elle chancela en marchant.

6° Une autre put supporter une opération de dilatation du vagin qu'elle n'avait jamais pu souffrir auparavant. Elle se réveilla aussi dans un grand accès de gaîté et fut incapable d'abord de se soutenir et de marcher.

En général, les fonctions de relation m'ont jusqu'ici paru seules troublées. Mais il est probable que les inspirations d'éther prolongées causeraient des accidents et pourraient, comme l'ivresse excessive, amener la mort. C'est à étudier par l'expérience sur les animaux vivants et c'est un projet que j'espère mettre à exécution.

—M. Charrière présente à l'Académie, avec une description détaillée, un appareil de son invention pour les inspirations de vapeurs éthérées. (Voir le dessin et la description de cet appareil, page 91.)

—M. Ducros adresse un nouveau mémoire ayant pour objet principal de revendiquer à son profit la priorité des observations physiologiques sur l'action stupéfiante de l'éther.

—MM. Roux et Velpeau demandent la parole à l'occasion de ces dernières communications.

M. Roux : La semaine dernière, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de mes premières expériences sur l'emploi de l'éther; je n'avais point encore réussi. J'ai continué ces essais depuis, et j'ai été plus heureux. Voici les résultats que j'ai obtenus. Sur trois malades que j'ai soumis, avant de les opérer, à l'inhalation d'éther, un seulement est resté réfractaire ; les deux autres, une femme et un jeune homme, ont éprouvé les effets de l'enivrement. La femme avait une maladie des os du bassin, dont j'ai dû extraire quelques portions ; l'homme était venu se faire traiter pour une fistule à l'anus. Ces deux opérations pouvant être terminées en deux ou trois minutes, je les ai jugées convenables pour l'expérience. Opérés l'un et l'autre pendant l'état d'ivresse où les avaient jetés les inspirations d'éther, ils n'ont point souffert ; la femme seulement nous a dit après son réveil avoir éprouvé une sorte de sensation de fourmillement à la cuisse. Le jeune homme a présenté des phénomènes plus remarquables : il a été pris incontinent d'un délire violent avec hallucination qui a porté sur des circonstances antérieures de la vie du malade, sur des chagrins qu'il paraît avoir éprouvés, mais nullement sur ce qui se passait dans le moment.

J'ajouterai que j'ai assisté lundi dernier à une réunion d'une société de médecins allemands, dans laquelle plusieurs personnes ont fait sur elles-mêmes des expériences. Après quelques inspirations d'éther, elles ont été plongées dans un tel état de torpeur qu'on a pu les piquer, les brûler impunément. Parmi

ces personnes, au nombre de cinq ou six, deux se sont livrées à un accès d'hilarité excessive ; une troisième a été prise d'un état convulsif et a eu une sorte d'accès de fureur. Cette dernière circonstance m'a paru pouvoir devenir grave, s'il arrivait qu'elle se reproduisît quelquefois sur des sujets soumis à une opération. Je suis porté à croire, du reste, qu'il y a une distinction à faire à cet égard entre les personnes qui se soumettent volontairement à une expérience de ce genre, dans le seul but de s'éclairer et d'éclairer les autres sur un fait scientifique, et celles qui ne s'y soumettent qu'à regret, à leur corps défendant en quelque sorte, et qui se trouvent d'ailleurs dans des dispositions morales plus ou moins pénibles.

M. Velpeau : Je crois qu'il importe avant tout d'élaguer de cette question toute discussion de priorité, d'autant plus que les prétentions que l'on élève en ce moment ne sont nullement fondées. Il y a plus de vingt ans que l'action stupéfiante de l'éther est connue ; cela se trouve dans tous les traités de toxicologie. Ce qu'il y a de nouveau dans ce fait, c'est l'application aux opérations ; or il est évident que personne n'avait eu cette idée avant M. Jackson. Mais je laisse là cette question et j'en viens aux faits nouveaux qui se sont produits depuis la semaine dernière.

D'après les nouveaux essais auxquels je me suis livré, je ne crains pas d'être démenti par l'avenir en disant que c'est là une découverte d'une grande importance et qui peut avoir une influence considérable sur la chirurgie. Sans doute il y a eu beaucoup d'insuccès dans les premières expériences, mais j'ai vu que la plupart de ces insuccès tenaient à la mauvaise manière de procéder, à ce que les malades exécutaient mal l'inhalation, ce qui exige un certain apprentissage (1). Depuis qu'on est plus exercé et que l'opération s'est en quelque sorte régularisée, les insuccès sont beaucoup plus rares. Ainsi, depuis lundi, j'ai soumis trois personnes à l'action de l'éther ; l'expérience a réussi toutes les fois, ces trois personnes ont été presque immédiatement jetées dans un état de collapsus. Un jeune médecin qui suit les visites de la Charité a répété un grand nombre de fois l'expérience sur lui-même en présence des élèves ; en trois ou quatre inspirations il tombe dans l'insensibilité ; alors on peut le pincer, le piquer, sans qu'il en ressente la moindre douleur. Il éprouve si peu de malaise dans cet état qu'il se fait une sorte de plaisir de répéter l'expérience aussi souvent qu'on le désire. Un élève de mes salles est dans le même cas. Enfin, j'ai opéré ces jours derniers, à la Charité, un malade qui m'a fourni l'occasion de faire des observations curieuses. Cet individu portait une tumeur cancéreuse à la cuisse. L'opération ayant été jugée nécessaire, je l'ai soumis préalablement à l'inhalation de l'éther ; après en avoir inspiré pendant deux minutes et demie environ, il est tombé sans mouvement, la tête renversée en arrière. J'ai immédiatement procédé à l'opération, qui a duré de quatre minutes à quatre minutes et demie. Quand il s'est réveillé, je lui ai demandé s'il savait ce qu'on lui avait fait ; il n'en savait rien, il n'avait rien senti, et je ferai remarquer qu'il s'agissait ici d'une opération fort pénible et fort laborieuse : il fallait énucléer une tumeur située dans les masses musculaires de la cuisse, dans une région abondamment pourvue de nerfs et de vaisseaux à ménager, etc. Interrogé sur ce qu'il avait éprouvé, il a dit seulement qu'*il avait été bien heureux* pendant tout le temps qu'avait duré cet état ; et quand on lui a dit que la tumeur était enlevée, il s'est écrié : *C'est bien là la meilleure méthode.* Il est bon que l'on sache qu'il était parfaitement en état d'en juger, car il avait déjà subi deux fois une opération semblable, et chaque fois il avait beaucoup souffert. Il s'était si bien trouvé cette fois de cette manière de procéder, qu'il m'a demandé depuis qu'on le mît de nouveau dans le même état pour le premier pansement, pour peu que ce pansement dût être douloureux.

Je signalerai à cette occasion un fait curieux qui a frappé mon attention : c'est que les individus qui sont dans cet état, à en juger du moins par le malade dont il vient d'être question, ne perdent pas entièrement connaissance ; ils paraissent conserver la faculté d'entendre et d'exécuter même quelques-uns des actes qu'on leur prescrit. Ainsi, dans cette circonstance, comme nous craignions, en raison de la longueur de l'opération, que l'état d'insensibilité où était le malade ne cessât trop tôt, nous l'engageâmes à faire de nouveau quelques inspirations ; on n'eut qu'à insister un peu pour qu'il exécutât ce qu'on demandait.

Un autre effet non moins remarquable que j'ai observé chez ce même malade, c'est l'état de relâchement et de flaccidité que présente le système musculaire sous l'influence de l'éther. Ayant eu à disséquer les muscles pour en isoler la tumeur, je les ai trouvés dans un état de mollesse, de flaccidité extrêmes. C'est là une circonstance qui pourrait devenir d'une grande utilité dans certains cas. Sans parler de l'application qu'on pourrait en faire peut-être au tétanos, on comprendra aisément le parti qu'on en pourrait tirer pour la réduction des luxations, par exemple.

Je me résumerai en disant que c'est là un fait d'une importance capitale, d'un grand avenir, et qui me paraît destiné à apporter de grandes et heureuses modifications dans la pratique de la chirurgie.

Séance du 1er février.

Inhalations d'éther. — M. Velpeau rapporte un nombre déjà considérable de faits dans lesquels l'éthérisation a produit des résultats merveilleux. Ainsi il a pu, sous l'influence de l'inhalation éthérée, réduire sans douleur une

(1) M. Velpeau, après avoir apprécié les divers appareils propres à l'inhalation de l'éther, donne la préférence à celui de M. Charrière.

fracture de cuisse chez un homme fortement musclé et en proie à des mouvements convulsifs. Le malade ne s'est plaint que d'avoir eu un *mauvais rêve*. Un autre n'a point senti que M. Velpeau lui enlevait une tumeur dans la région parotidienne ; il a seulement entendu les craquements du bistouri derrière son oreille. Une femme a été influencée au bout de six inspirations; elle a si peu senti une large incision qu'on lui a faite au sein, qu'elle s'est plainte de n'avoir pas été opérée pendant qu'elle dormait. Une jeune fille a rêvé assister à un dîner pendant qu'on lui arrachait un ongle du gros orteil. Mais l'éther a eu plusieurs fois chez elle l'inconvénient de provoquer des accès convulsifs. M Velpeau a encore, sous l'influence de l'inhalation éthérée, amputé une jambe, extirpé un œil, amputé une portion de main, sans que les malades aient accusé de douleur. Chez deux de ces malades il y a eu seulement quelque agitation produite par une sorte de mauvais rêve.

M. Magendie s'élève fortement contre ce qu'il appelle les essais que l'on fait avec l'éther ; il y voit de graves inconvénients, des dangers même ; il y a même, selon lui, quelque chose d'immoral à faire ces expériences sur les femmes.

M. Milne-Edwards réplique à M. Magendie que ces essais, les médecins les ont faits sur eux-mêmes avant d'y soumettre les malades.

M. Velpeau réfute les assertions peu bienveillantes émises par M. Magendie. Il convient que l'éther agite quelques malades ; mais on pourra peut-être plus tard parvenir à maîtriser ces mouvements Ce qui est sûr, c'est qu'il produit chez tous l'insensibilité. Il ne pense pas que l'éther administré en potion produirait les mêmes effets, ainsi que l'avance M. Magendie.

M. Roux parle dans le même sens que M. Velpeau. Depuis huit jours il a soumis six malades aux inspirations d'éther et toujours avec succès.

M. Magendie prétend que la douleur n'est pas toujours un mal dans les opérations : elle vous avertit que vous êtes au voisinage d'un nerf, que vous l'embrassez dans une anse de fil. Elle a toujours son utilité. L'éther n'est d'ailleurs pas sans inconvénients. M. Magendie a été consulté il y a quelques jours par un jeune homme qui avait voulu essayer sur lui les inspirations d'éther, et qui avait conservé de cette expérience une céphalalgie atroce dont il ne pouvait se débarrasser.

M. Lallemand croit que le relâchement des muscles qui s'opère sous l'influence de l'éther est loin d'être favorable dans toutes les opérations. Ainsi, si les muscles ne se rétractent pas dans l'amputation de la cuisse, il est évident que l'on sciera beaucoup trop bas. Il partage, relativement aux ligatures d'artères, l'opinion de M. Magendie sur l'utilité de la douleur pour avertir qu'un nerf a pu être compris dans la ligature.

M. Serres pense que cette propriété de l'éther pourra avoir de grands avantages dans la pratique de la médecine et de la chirurgie. Il rend justice à la prudence qui a présidé aux tentatives faites jusqu'à ce jour, et affirme que sur ce point on n'a pas d'inquiétudes à concevoir.

Séance du 8 février.

Inhalations d'éther. — M. Flourens lit une note contenant la relation d'expériences qu'il a faites chez un chien et chez une poule, touchant les effets de l'inhalation éthérée sur la moelle épinière. Il résulte de ces expériences que l'éther a la faculté d'anéantir, dans la moelle épinière, le principe du sentiment et du mouvement. L'effet de l'éther une fois dissipé, la moelle épinière reprend toutes ses forces perdues, sauf dans les points qui ont été coupés ou trop maltraités pendant l'expérience. Les parties du corps placées au-dessous de ces points restent paralysées.

— M. Serres présente les résultats d'expériences faites sur le même sujet chez des animaux. Les nerfs immergés dans l'éther tombent dans une insensibilité dont ne les tire pas la strychnine. Mais la sensibilité est conservée dans la partie du nerf qui est au-dessus du point immergé dans l'éther.

— M. Leroy (d'Étiolles) écrit à l'Académie qu'il a employé les vapeurs d'éther dans des cas de lithotritie; il en a quelquefois retiré de grands avantages, en ce sens qu'il a endormi la sensibilité des malades. Un effet non moins important, c'est la cessation de la contraction de la vessie. Les pierres les plus difficiles à broyer sont ordinairement contenues dans des vessies à colonnes charnues très épaisses et très vigoureuses, qui se contractent sur elles et empêchent la manœuvre des instruments. Sous l'influence des vapeurs d'éther, ces contractions cessent, et M. Leroy a pu employer la lithotritie chez des sujets sur lesquels il croyait devoir être obligé d'employer la taille.

— M. Blanche, médecin en chef de l'hôpital de Rouen, a pratiqué, sur l'articulation tibio-tarsienne d'un malade, une opération qui n'a causé aucune douleur sous l'influence des vapeurs d'éther.

— Une discussion très vive s'engage entre MM. Roux et Velpeau d'une part et M. Magendie de l'autre. On a vu dans la précédente séance que ce dernier fait une guerre acharnée à l'inhalation d'éther. Nous omettons cette altercation qui se termine de part et d'autre par un démenti.

Séance du 15 février.

L'Académie procède à l'élection d'un académicien libre pour la place laissée vacante par la mort de M. Bory de Saint-Vincent. Voici la liste de présentation qui a été arrêtée en comité secret dans la précédente séance :

Au premier rang, M. Civiale; au second rang, par ordre alphabétique, MM. Bussy, Fèvre, Largeteau, Reynaud et Vallée.

Le nombre de membres présents et prenant part au vote est de 56. Au premier tour de

scrutin, M. Civiale obtient 36 suffrages. M. Bussy 11, M. Fèvre 8, M. Largeteau 1. M. Civiale est proclamé, en conséquence, académicien libre, sauf l'approbation du roi.

Inhalations d'éther. — M. VELPEAU rapporte quelques nouveaux faits favorables à l'application des inhalations d'éther, notamment le fait de réduction d'une luxation de cuisse.

— M. ROUX rapporte également de nouveaux cas de sa pratique dans lesquels l'inhalation d'éther a produit d'heureux résultats.

— M. SERRES communique, dans une deuxième note, le résultat de nouvelles expériences qu'il a faites sur des lapins dans le but d'étudier l'action de l'éther liquide sur le système nerveux. Elles tendent à établir que la perte de la contractilité des muscles accompagne l'insensibilité des nerfs soumis à l'action de l'éther liquide. De plus, la persistance de l'abolition de ces deux facultés fait présumer qu'elle est définitive.

NOUVELLES MÉDICALES.

— Le commissaire du quartier Montorgueil, assisté d'un de MM. les professeurs de l'École de pharmacie de Paris, a procédé, dans différents magasins des rues Saint-Martin et Montmartre, à une perquisition ayant pour objet de rechercher si des sangsues gorgées de sang, pour augmenter leur poids, n'étaient pas livrées au commerce et au public. Quarante-huit mille sangsues ainsi gorgées, et ne pouvant par conséquent rendre utilement le service que le médecin attend de leur application, ont été saisies. On ne peut qu'applaudir à cette mesure, toute dans l'intérêt du public, et dont l'urgence était d'autant plus grande que, la plupart du temps, les sangsues sont gorgées avec du sang de chevaux morts de maladies.

— Le conseil municipal d'Orléans a supprimé la subvention de 8,000 fr. qu'il allouait à l'École secondaire de médecine établie depuis trois ans dans cette ville. L'expérience n'a pas réussi. L'École de médecine d'Orléans, trop rapprochée de celle de Paris, ne recevait pas d'élèves.

— Un hôpital provisoire, sous le nom d'HÔPITAL DU BON SECOURS, vient d'être ouvert rue de Charonne, dans les bâtiments occupés jusqu'ici par l'hôpital militaire. Il se compose de deux services de médecine dirigés par MM. Monneret et Teissier, et d'un service de chirurgie confié à M. Chassaignac.

— Un laboratoire exclusivement réservé aux recherches de chimie organique sera, dit-on, incessamment ouvert pour les élèves de la Faculté de médecine de Paris. Deux chefs y seront attachés, l'un pour diriger les manipulations chimiques, l'autre pour diriger les recherches microscopiques.

— M. Florent CUNIER, rédacteur en chef du journal belge *les Annales d'oculistique*, vient d'être nommé médecin oculiste de Leurs Altesses Royales le duc de Brabant et le comte de Flandre.

— Le choléra, dont nous avons annoncé les ravages à Téhéran, capitale de la Perse, a dirigé sa marche sur la Turquie par les voies de Tebriz et de Kermanscha. De la dernière de ces villes il a pénétré à Bagdad malgré les précautions de l'autorité, et en quinze jours il y a fait 4,500 victimes. Des chirurgiens du pays avaient été placés en différents lieux, chargés de saigner les malades. On dit que, par ce moyen, des 400 soldats qui ont été attaqués par le fléau, il n'y en a que 10 qui ont succombé. Le consul-général de France, qui, ainsi que le gouverneur de Bagdad, Medjid-Pacha, et tous les fonctionnaires ottomans, s'était fait un devoir de rester à Bagdad, a été gravement atteint de la maladie régnante, et il a dû son salut aux soins du docteur Annibal Foresti, de la Faculté de Bologne, venu de Tebriz et se rendant aux Indes par Bagdad. Ce médecin s'est distingué en cette circonstance par sa philanthropie, en donnant gratuitement, et sans distinction de nation, ses soins aux malades. Un tiers de la population de la ville avait pris la fuite dès le début du fléau.

Après avoir éclaté à Bagdad, le choléra menace Erzeroum, qui est distant de 130 lieues. Le 11 octobre, il y avait eu à Tébriz onze cas de choléra ; mais les jours suivants ses ravages avaient augmenté dans une grande proportion. Ainsi, le 12, le nombre des victimes avait doublé ; le 13, il était déjà de 80, et le 14 de 150.

Les nouvelles de Syrie ne confirment heureusement pas les bruits qui s'étaient répandus sur l'apparition du choléra à Alep et à Damas.

— Un professeur de botanique à la Faculté d'Abou Zabel, près d'Alexandrie, auquel nous laissons la responsabilité de ses assertions, a observé que, pendant le règne du choléra indien en Egypte, plusieurs plantes de la famille des graminées, exposées aux vents du nord, telles que maïs, etc., ont été frappées subitement et totalement exterminées dans de vastes étendues de terrain. Les feuilles de ces plantes ont paru presque instantanément couvertes d'une couche de matière visqueuse, sur laquelle des myriades d'insectes microscopiques ont été vus. Cette matière, appliquée et laissée pendant une demi-heure sur la main d'un homme vivant, produisait une sorte de démangeaison particulière qui se dissipait par le lavage, mais la peau restait rouge. La maladie passait bientôt des feuilles au reste de la plante, qui était immédiatement frappée de mort.

Mais, chose digne de remarque, les paysans, voyant ces plantes anéanties sur une étendue immense de territoire, se hâtaient d'en utiliser de bonne heure les feuilles en les donnant aux bestiaux. Eh bien ! la presque totalité des animaux qui en ont mangé sont morts, et le lait que les vaches nourries de cet aliment fournissaient donnait des symptômes de choléra.

— Au dire du journal anglais *the Lancet*, le choléra se serait montré dans l'île de Ceylan. Plusieurs soldats du 95e régiment anglais auraient déjà succombé, et les autorités coloniales

auraient fui de Candy pour se réfugier à Colombo.

— Le docteur Argumosa, savant professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Madrid, vient de pratiquer l'amputation du membre viril, à l'union de ses deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, à un vieillard affecté d'un cancer du prépuce et du gland. L'opération a été faite dans les trois conditions exigées : *citò, tutò* et *jucundè*. L'opérateur, au moment même d'approcher l'instrument tranchant des tissus, et dans le but d'éviter la douleur, surprit le malade en disant à haute voix : *C'est déjà fait!*

Nouvel hospice d'aliénés. Le Conseil général ayant reconnu la nécessité d'établir un nouvel hospice gratuit pour les paralytiques, les épileptiques et les aliénés, l'administration municipale a décidé que la question d'un hospice annexe de Bicêtre, dans le département de la Seine, serait étudiée, et qu'une proposition serait soumise, à cet égard, au Conseil général dans sa prochaine session.

— M. Guersant fils a été nommé médecin consultant du roi, en remplacement de M. Aug. Bérard, décédé.

— M. le docteur Chauffard fils a été nommé médecin en chef de l'hôpital civil et militaire d'Avignon, en remplacement de M. Chauffard père, démissionnaire.

Tableau des substances vénéneuses annexé à l'ordonnance du 29 octobre 1846 (1).

Acétate de mercure. Acétate de morphine. Acétate de zinc. Acide arsenieux, composés et préparations qui en dérivent. Acide cyanhydrique. Aconit et ses composés. Alcool sulfurique (eau de Rabel). Anémone pulsatile et ses préparations. Angusture fausse et ses préparations. Atropine.

Belladone et ses préparations. Brucine et ses préparations. Bryone et ses préparations.

Cantharides et leurs préparations. Carbonate de cuivre et d'ammoniaque. Cévadille et ses préparations. Chlorure d'antimoine. Chlorure de morphine. Chlorure ammoniaco-mercuriel. Chlorures de mercure. Ciguë et leurs préparations. Codéine et ses préparations. Colchique et ses préparations. Coloquinte et ses préparations. Conicine et ses préparations. Coque du Levant et ses préparations. Cyanure de mercure.

Daturine. Digitale et ses préparations.

Elaterium et ses préparations. Ellébore blanc et noir et leurs préparations. Émétine. Émétique (tartrate de potasse et d'antimoine). Épurge et ses préparations. Euphorbe et ses préparations.

Fèves de saint Ignace; préparations qui en dérivent.

Huile de cantharides. Huile de ciguë. Huile de croton tiglium. Huile d'épurge.

Iodure d'ammoniaque. Iodure d'arsenic. Iodure de potassium. Iodure de mercure.

Kermès minéral.

Laudanum; composés et mélanges. Laurier-cerise et ses préparations. Liqueur arsenicale de Pearson. Liqueur arsenicale de Fowler.

Morphine et ses composés.

Narcéine. Narcisse des prés. Narcotine. Nicotianine. Nicotine. Nitrate ammoniaco-mercuriel. Nitrates de mercure.

Opium. Oxyde de mercure.

Picrotoxine. Pignons d'Inde.

Rhus radicans.

Sabine. Solanine. Soufre doré d'antimoine. Seigle ergoté; préparations qui en dérivent. Staphisaigre. Sulfate de mercure. Strychnine et ses composés.

Tartrate de mercure. Turbith minéral.

Vératrine.

(1) Voy. le n° de janvier dernier.

Académie royale de médecine de Belgique.

Programme des questions proposées par l'Académie.

I. — *Concours de* 1845-1847.

Première question. — « Faire connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie; indiquer les moyens de neutraliser cette influence, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publique que privée. »

Prix : une médaille d'or de 1200 fr.

Deuxième question. — « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif;

» Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées.

Prix : une médaille d'or de 800 fr.

Troisième question. — « Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter;

» Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : une médaille d'or de 1000 fr.

Quatrième question. — « Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir les avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : une médaille d'or de 1000 fr.

Cinquième question. — « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : une médaille d'or de 500 fr.

II. — *Concours de* 1846-1848.

Première question. — « Décrire l'état puerpéral et éclairer par des faits la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : une médaille d'or de 500 fr.

Deuxième question. — « Faire l'histoire de l'albuminurie, en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Troisième question. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du XIXe siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer que sous le rapport médico-légal. »

L'Académie ne demande point de recherches nouvelles, mais bien un exposé complet de l'état de la science sur la matière.

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Quatrième question. — « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes; décrire avec précision les modifications que les corps de Gaertner subissent aux différents âges de la vie et dans l'état de gestation chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique; et, enfin, indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : une médaille de 300 fr.

Cinquième question. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval; établir par des faits les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix: une médaille d'or de 500 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir:

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1847; et pour celles du second, avant le 1er avril 1848.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, rue du Bois-Sauvage, n° 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les jugements portés sur les mémoires seront respectivement publiés dans les séances publiques de 1847 et de 1848;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses *Mémoires*;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Nécrologie.

Nous avons à signaler les pertes suivantes :

—M. Broussonnet (Victor), professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, mort le 17 décembre 1846, âgé de plus de quatre-vingts ans.

— M. le docteur Simonnart, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles, enlevé au début d'une carrière qui promettait d'être brillante. Nous avons eu occasion de le citer.

—M. le docteur Ranque, médecin en chef de l'hôpital et des prisons d'Orléans. Ce praticien s'était fait connaître par des publications utiles. Il était le doyen des médecins d'Orléans.

— M. le docteur Labat, premier médecin du schah de Perse, est décédé à Nice dans sa quarante-quatrième année. Il avait adopté les noms de Léon-Mirza-Labat-Khan. Il avait en Perse le premier rang immédiatement après les princes du sang et avant tous les ministres.

— M. Dutrochet, membre de l'Institut, décédé le 4 de février, à l'âge de soixante-dix ans. On sait que son nom se rattache à la découverte de l'endosmose.

— M. le baron Pasquier père, premier chirurgien du roi, commandeur de la Légion-d'Honneur, chirurgien inspecteur, membre du conseil de santé des armées, vient de mourir dans sa soixante-quatorzième année.

—M. Félix d'Arcet est mort, le 18 décembre 1846, à Rio-Janeiro, victime d'un affreux accident. Voici en quels termes M. Dreyfus, son ami, rend compte de cet évènement : «Nous nous » quittâmes à onze heures pour nous coucher. » A peine était-il rentré chez lui depuis un » quart d'heure, que j'entends des cris, et » bientôt je suis en présence du plus horrible » spectacle! Ce pauvre ami courant se jeter » dans une baignoire d'eau froide, sa chambre » en feu, son domestique brûle comme lui..... » M. Félix d'Arcet, ayant l'habitude de lire au » lit avec une lampe à gaz, fit appeler hier son » domestique pour la remplir. Le jeune do- » mestique eut la maladresse d'approcher le » gaz du feu; une explosion s'ensuivit, et le » feu prit au lit où était couché mon ami..... » A six heures du matin, il expirait dans mes » bras. Je viens de l'accompagner à sa dernière » demeure. Il a emporté l'estime, la considé- » ration et l'amitié de tout ce qu'il y a » d'hommes distingués au Brésil. »

M. le docteur Félix d'Arcet, qui vient de mourir si malheureusement à trente-neuf ans, avait été décoré à dix-sept ans, après avoir fait partie de la commission envoyée par le gouvernement pour observer la peste en Égypte. Il venait d'obtenir tout récemment des Chambres brésiliennes une allocation d'un million pour établir une manufacture de produits chimiques à Rio-Janeiro.—Le nom de M. d'Arcet s'éteint avec lui.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Remarques anatomiques sur le col de l'utérus, et examen de l'ouvrage de M. Pichard intitulé : *Traitement rationnel et pratique des ulcérations du col de la matrice.*

Le titre du livre n'est pas très heureux ni très clair, mais il se peut que le livre soit bon néanmoins. Nous l'examinerons avec soin, parce qu'il touche à un point très important et très délicat de la pratique commune. M. Pichard a déjà un certain nombre d'écrits, dont un surtout, *sur les abus de la cautérisation*, a mérité l'intérêt, l'attention et heureusement aussi le mécontentement de beaucoup de gens.

Le col de l'utérus ne peut être comparé, pour son anatomie, ni pour sa physiologie, à aucun autre organe du corps de la femme, ni même à aucun autre point du système vulvo-utérin. Sa situation, ses fonctions nécessaires, sa sensibilité spéciale, son voisinage et la continuité avec le corps de la matrice, son aspect même, tout cela aurait dû le faire supposer, quand bien même la multitude, la variété et la gravité de ses maladies n'en seraient pas venus donner la preuve.

C'est *Achillini*, médecin de Bologne au commencement du XVIe siècle, qui indiqua le premier la ressemblance du col de l'utérus avec le museau d'une tanche. — Béranger de Carpi trouva fort bonne la comparaison et l'adopta. — Tandis que, suivant plusieurs autres anciens anatomistes, et notamment *Bonaccioli*, de Ferrare, ce ne serait pas au museau de la tanche qu'il faudrait le comparer, mais au gland de l'homme. — Il est sûr que la comparaison du col avec le museau d'un poisson quelconque ne peut avoir guère d'utilité, tandis que la comparaison du même organe avec le gland viril ne manque pas d'éveiller un grand nombre d'idées parmi lesquelles peut-être l'anatomie, la physiologie et la pathologie ont quelque chose à prendre.

Galien, et après lui *Gauthier d'Andernach*, admirent dans cet organe un instinct et presque une volonté, au service de laquelle ils placèrent plusieurs muscles, notamment un sphincter très sensible et très délicat selon eux. — *Naboth* décrit des vésicules spéciales au col de la matrice, et il prétend qu'elles ont là pour fonction de préparer une sécrétion indispensable aux fonctions de la génération. — *Santorini* parle de ces corps glanduleux, de rides constantes; il n'admettrait pas si facilement le sphincter de Galien et de Gauthier.— Morgagni admet les rides de Santorini; il soupçonne qu'elles sont destinées à opérer mécaniquement, à *tamiser* la semence (ayons pitié de Morgagni !). — Toutes ces remarques et toutes ces opinions prouvent que le col utérin avait attiré l'attention des anatomistes de la renaissance avant d'avoir mérité la faveur des pathologistes de nos jours. — Nous ne connaissons aucune anatomie complète, spéciale et moderne, du col de l'utérus. On ne saurait appeler de ce nom la description des ulcérations, excoriations, granulations, etc., qui se trouvent jointes à la pathologie du col dans les livres du temps; et d'ailleurs cela n'appartiendrait jamais qu'à l'une des cinq ou six anatomies dont l'organe est susceptible, à l'anatomie pathologique.

Voici la double thèse de l'auteur et la double phrase qu'il fait à ses lecteurs :

« 1° Vous savez comment on a abusé de la cautérisation et de la résection du col de l'utérus, et comment j'ai révélé ces différents abus.

» 2° Eh bien ! je vous apporte aujourd'hui un *traitement rationnel et pratique* des ulcérations du col de la matrice, afin qu'après avoir ruiné autant que possible la méthode des cautérisations et résections, on ne puisse dire que je laisse sans traitement les nombreuses maladies de cet organe. »

L'ouvrage entier se divise en deux *parties* et un *avant-propos*. L'*avant-propos* ne contient que l'annonce du *traitement rationnel et pratique*, plus l'assertion suivante que nous croyons bien inexacte; savoir : *que les ulcérations du col de l'utérus ne diffèrent pas de celles qu'on observe sur d'autres parties du corps.* — La première partie est consacrée au *traitement direct ou local*; la seconde partie, au *traitement général ou interne.* — Vingt-sept figures, dont vingt-cinq coloriées, se trouvent à la fin du livre.

Quant à la proposition erronée de l'avant-propos, qui assimile absolument les ulcères du col aux ulcères de toute autre partie du corps, aux ulcères des jambes par exemple, est-il besoin de la refuter en détail? D'abord, elle n'est dans la bouche de l'auteur qu'une assertion gratuite, puisqu'il juge à propos de ne l'appuyer sur aucun fait ni sur aucune considération. Puis, au fond, comment au moindre souvenir de la structure, des fonctions et de la situation de l'organe et des dangers et malheurs auxquels l'exposent cette structure, ces fonctions et cette situation, vouloir que les ulcères et ses maladies ne soient que ce qu'ils sont et ce qu'elles seraient sur le gras de la fesse ou sur le dos de la main ?

Première partie : traitement direct ou local. — Une portion très notable de cette première partie est employée : 1° à examiner les moyens de diagnostic local et à peser les avantages et les inconvénients relatifs du *toucher* et du *spéculum*, que l'auteur appelle exploration manuelle et exploration visuelle; 2° à étudier la nature, la composition et l'administration

des *injections*. Une grande confiance et prédilection est attachée par l'auteur à ce moyen antique et simple. — Là se trouvent tous les secrets et tous les détails désagréables mais *essentiels* de la seringue, du clysopompe, des jets continus, semi-continus, etc.

Les planches qui sont à la fin du livre sont destinées à aider le diagnostic général et différentiel des maladies ulcératives du col. — La *première* donne l'utérus et le vagin chez une femme qui n'avait pas eu d'enfant. La *deuxième* représente cinq aspects différents du col de l'utérus à l'état normal, — mais dans des circonstances différentes; savoir : 1° chez la petite fille; 2° chez la fille nubile; 3° chez la femme qui n'a pas eu d'enfant; 4° chez la femme qui a eu un enfant; 5° chez la femme qui a été plusieurs fois mère. La *troisième* planche représente les lésions par lesquelles commencent certaines ulcérations du col de l'utérus, ainsi des *congestions*, des *points rougeâtres*, des *vésicules miliaires*, des *phlyctènes*, un *lacis de vaisseaux* en relief et des *granulations simples* sans ulcérations.

La *quatrième* planche donne une vue des ulcérations superficielles du col de la matrice. — Il est à craindre que ces figures ne soient pas des représentations *types* des différents degrés du mal. Mais, telles qu'elles sont pourtant, elles peuvent initier très bien le médecin *peu spécial* et rappeler à tout le monde les formes principales de la lésion modérée du museau et du col. Depuis la *légère ulcération* sur une lèvre, jusqu'aux ulcérations très étendues donnant un écoulement blennorrhagique très fort, il y a des altérations des deux lèvres, des soulèvements d'epithelium, des tuméfactions totales de l'organe, et une quantité d'autres lésions intermédiaires qu'on peut se figurer très utilement quoiqu'elles ne soient pas représentées.

Les planches *cinq* et *six* sont consacrées aux *ulcérations profondes* et aux *ulcères proprement dits* du col de l'utérus. Les ulcérations profondes avec granulations, l'ulcération fongueuse, l'ulcération calleuse et l'ulcération variqueuse, y sont représentées. — Il était difficile de bien figurer les ulcères *spéciaux* avec leur caractère particulier; cependant l'ulcère cancéreux, chancreux ou cancroïde est assez bien donné, ainsi que l'ulcère syphilitique profond. — Le cancer du col et l'engorgement tuberculeux sont les deux derniers dessins des planches utérines de M. Pichard.

M. Pichard a fait figurer enfin le méthrotherme de Creuston qu'il a modifié lui-même et auquel il donne le nom utéro-therme. — Cet instrument avait été imaginé par Creuston pour arriver à maintenir le col dans un bain continu, et qui, à cet avantage, joint celui de pouvoir être placé par la malade elle-même. — Cet instrument était une espèce de matras ou bouteille en verre blanc à long col, garni d'une tubulure à sa partie moyenne et renflée. — Au moyen de quelques changements et améliorations dus à M. Pichard, l'utéro-therme est plus commode et atteint mieux son but.

Moyens généraux.

— « Si toutes les ulcérations du col étaient simples par elles-mêmes, bornées à la muqueuse utéro-vaginale, et tenaient à des causes purement locales, on serait autorisé à espérer trouver les moyens de les combattre efficacement dans l'ensemble des agents directs ou locaux que nous venons de passer en revue. — Mais malheureusement ces maladies tiennent le plus souvent à des causes qui, ayant frappé toute l'économie, ne viennent retentir sur l'utérus que comme sur un des points les plus irritables du système physique de la femme; et quand elles sont simples dans leur début, les malades se sont longtemps fait illusion et leur ont presque toujours par-là donné le temps de se lier à la constitution générale et de se manifester par des troubles qui attestent une altération profonde de tout l'organisme. — Les moyens locaux ne réussiraient donc pas seuls. Aussi ne doit-on pas négliger les moyens généraux auxquels les anciens en étaient réduits et qui sont trop dédaignés de nos jours. »

Ces moyens généraux sont : 1° la *saignée*, 2° les *révulsifs* sur la peau, en fait de moyens médicaux. Les moyens pharmaceutiques seraient : 1° les *fondants*, mercure, iode, ciguë, potasse, l'or, l'émétique, le platine, y compris le *cura famis* vanté par M. Récamier; 2° les sédatifs, l'opium, la morelle, la jusquiame, la belladone, l'aconit napel, la laitue; 3° les moyens hygiéniques, *repos*, *l'exercice*, *le régime*, les bains. A la fin de son livre et avant son résumé, M. Pichard a consacré un chapitre à l'examen critique de *l'ordonnance banale délivrée aux consultations de la Pitié aux femmes affectées de maladies de l'utérus*. Il ne conçoit pas que le traitement de ces maladies, qui doit se composer d'éléments si divers et quelquefois si opposés, dont l'application demande tant d'habitude, de perspicacité, qui doit s'appliquer si juste à la nature particulière et aux caractères spéciaux du sujet, qui doit correspondre à toutes les indications d'âge, de degré, de constitution, d'habitudes, etc., puisse *être écrit* sur une ordonnance *stéréotypable* et appliqué à tous les cas.

Si l'on cherche à résumer la partie thérapeutique et essentielle du livre de M. Pichard, on trouve que, des deux classes de moyens qu'il propose, les moyens généraux et les moyens locaux, ces derniers ont à ses yeux une grande importance et méritent en général d'être préférés : 1° parce qu'ils suffisent à eux seuls pour les ulcérations qui tiennent à des causes locales, lesquelles sont incontestablement les plus communes; 2° parce que la cause des ulcérations fût-elle générale ou constitutionnelle, ils seconderaient toujours puissamment l'efficacité des autres moyens. Seulement, M. Pichard est fort monté contre la cautérisation, qu'il trouve *irrationnelle* sous le triple point de vue anatomique, étiologique et pratique.

*L.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — AVRIL 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Institutions médicales.

Projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

(1er article.)

Le nouveau projet de loi soulève de toutes parts un sentiment unanime de réprobation. En dehors même du corps médical, telle ou telle de ses dispositions n'a pu trouver grâce devant les hommes les moins exigeants. Partout, en un mot, on se demande si c'est bien là ce que nous avions droit d'attendre et des promesses de la Charte, et de ce qui est dû à notre profession, et des témoignages de bienveillance du ministre actuel.

Une lecture réfléchie de l'organisation proposée ne permet pas de douter des tristes préoccupations sous lesquelles elle a été conçue; car il est évident qu'elle a moins pour objet de relever la dignité et le bien-être de la médecine que de la livrer à la merci de toutes les sortes de despotisme : despotisme politique, despotisme administratif et despotisme universitaire. Nous pensons aussi que les Chambres ne nous condamneront pas à la subir sans l'avoir à peu près refondue entièrement.

A qui appartient une œuvre semblable? Nous ne croyons pas devoir l'imputer au ministre actuel; nous aimons mieux admettre, et nous avons quelques raisons de compter sur l'exactitude de notre opinion, que sa bonne volonté a été surprise par les suggestions de médecins ou autres dont les préjugés, les intentions et les tendances respirent en quelque sorte, soit dans ses pensées, soit dans ses applications. C'est grâce à cette impulsion déplorable qu'une loi, destinée en principe à sauvegarder la science et la pratique, pourrait se changer pour elles, si les Chambres n'y mettent ordre, en un instrument de ruine et de déconsidération.

Les reproches que nous articulons contre cette loi sont graves; mais on va voir qu'ils sont fondés de tout point.

L'exposé des motifs est comme le miel dont nous enveloppons nos plus mauvaises drogues. A l'en croire, le législateur s'est inspiré des vœux exprimés par l'élite de la médecine française; il s'est attaché, suivant ses propres termes, à satisfaire tous nos intérêts et à régler tous nos droits. Nul n'a été plus touché des désordres introduits par la longueur des abus dans l'enseignement et l'exercice de la profession médicale; nul aussi n'a mieux compris l'importance de leur caractère et les susceptibilités de leurs attributions. Cependant, par le fait, tous repoussent, petits et grands, la solidarité de l'organisation ministérielle; tous proclament qu'elle renchérit sur les abus, au lieu de les détruire; tous se révoltent à l'idée d'être aussi mal traités par ses principales dispositions. Envisageons-la, comme le projet lui-même, sous le double rapport de la pratique et de l'enseignement.

I. *Du projet de loi au point de vue de l'exercice de la médecine.*

Une idée domine tout le projet : le médecin y est considéré comme *un serviteur public*; ce sont les propres termes du rapport. De cette idée essentiellement fausse découle tout le système d'organisation que le ministre propose aujourd'hui. Dès que les médecins sont regardés dans l'État comme un certain ordre de fonctionnaires, le législateur a dû chercher tous les moyens de les mettre sous la main de l'administration, et de les classer dans une hiérarchie spéciale. C'est effectivement ce qu'il fait en établissant des médecins cantonaux nommés par les préfets, en créant des conseils médicaux de département, et en soumettant l'exercice de la médecine à une juridiction tout-à-fait exceptionnelle.

Mais le projet oublie que le médecin exerce une profession libre; qu'à titre de praticien, il ne relève d'aucune autorité autre que sa conscience et son savoir; que cette indépendance tient à la nature même de notre art et à la liberté de relations qui doit exister entre le médecin et son client.

Le médecin, en effet, remplit un office parfaitement indépendant, comme l'avocat, comme le peintre. Une fois hors de l'école, une fois ses preuves de capacité faites, il se dirige comme il l'entend; personne, pas même ses confrères, moins encore des administrateurs essentiellement incompétents, n'a le droit de s'immiscer dans les rapports qu'il a avec ses malades, et de lui demander compte de ses opinions ni de sa pratique. Il est essentiel d'ailleurs qu'un malade puisse s'adresser à qui il veut, et aussi longtemps qu'il le juge convenable.

Or, n'est-il pas souverainement ridicule qu'un préfet vienne dire à un canton : Vous

aurez à vous servir de tel médecin, et je vous enjoins d'avoir confiance en lui pendant cinq ans. Mais de quel droit le pouvoir m'imposerait-il un médecin? Le préfet est-il compétent pour juger de sa valeur? ne choisira-t-il pas de préférence ses protégés, ses créatures, ceux qui lui seront les plus utiles dans les élections? On sait comment sont ambitionnées les moindres places de médecin d'hôpital, de médecin de collége; à quelles hideuses intrigues ne se livrera-t-on pas à propos des places de médecins cantonaux? Combien la profession n'en sera-t-elle pas avilie? Vous voulez un bon médecin cantonal; et c'est le préfet qui sera juge de sa capacité! n'a-t-on pas raison de penser que c'est là plutôt un auxiliaire de la loi électorale?

Le ministre compare la médecine à un sacerdoce. Acceptons la comparaison. Que dirait-on d'une loi qui mettrait les prêtres à la merci du préfet et lui accorderait le droit de déplacer les desservants selon son caprice, son intérêt ou celui de ses protégés?

On veut des médecins cantonaux chargés de donner des soins gratuits aux classes pauvres. Assurément rien de plus louable; mais qu'on en laisse le choix aux personnes mêmes qui sont intéressées à bien choisir. Il y a des administrations où les employés ont un médecin spécial; mais on se garde bien de l'imposer aux employés: ce sont ceux-ci qui eux-mêmes le désignent à la majorité des suffrages. Pourquoi ne pas livrer pareillement le choix du médecin cantonal, soit au canton lui-même, soit aux communes ou aux divers quartiers de ces communes? On peut encore faire mieux: on peut laisser aux pauvres le soin de consulter tel médecin qu'ils voudront, en le faisant participer à une gratification commune qui serait répartie par chaque canton aux divers praticiens de la localité, en raison des soins gratuits qu'ils pourraient rendre. C'est ainsi que cela se pratique dans plusieurs communes de France, et encore parmi les associations d'ouvriers, sans que le préfet y intervienne en rien.

Allons plus loin; nous disons que c'est moins le médecin qui fait défaut aux pauvres que le pharmacien. Il faut dire, à l'éloge de notre profession, que rarement un médecin refuse ses conseils à un malade parce qu'il est indigent. Mais, ses prescriptions une fois faites, c'est le malade qui ne peut pas les exécuter. Il suffit d'avoir un peu pratiqué dans les campagnes pour avoir vu que ce qui manque surtout aux pauvres, ce sont les moyens d'acheter des médicaments. Combien de fois, au milieu de cette détresse extrême, le médecin n'est-il pas navré de ne pouvoir suffire lui-même aux besoins les plus urgents de ses malades! Voilà plutôt quel est le mal dont les administrations devraient principalement s'occuper. Qu'on établisse des pharmacies cantonales où les pauvres pourront gratuitement se procurer les remèdes les plus indispensables, et on aura fait une grande œuvre d'humanité.

La création des médecins cantonaux ressemble singulièrement à une prime accordée par l'autorité à ses protégés, à ses favoris, au préjudice de leurs confrères. Car remarquez que le projet de loi veut qu'on requière les premiers seulement pour les expertises judiciaires, pour les conseils médicaux, etc. Ainsi, pour les médecins dévoués au pouvoir seront les honneurs, les missions lucratives; les autres seront même privés des droits que leur titre leur confère aujourd'hui tout aussi bien qu'aux autres. N'est-il pas évident qu'on veut absolument accabler ceux qui resteront indépendants, au profit de ceux que l'autorité attachera à sa suite?

Quant à nous, nous tenons fort peu à la création de médecins cantonaux; nous y voyons beaucoup d'inconvénients, une source de mécontentements, de jalousies, de haines, et presque aucun avantage. Nous aimerions mieux, nous le répétons, qu'on répartît une somme déterminée entre les divers médecins des communes, si l'on veut les rétribuer, en raison des soins qu'ils se chargeraient de donner aux pauvres; et que ceux-ci fussent libres de s'adresser à celui d'entre eux qui leur inspirerait le plus de confiance.

L'institution d'un conseil médical pour chaque département nous paraît bonne en soi, mais à deux conditions. La première, c'est que les membres de ce conseil, au lieu d'être au choix de l'autorité administrative, soient au contraire délégués par les médecins eux-mêmes, qui, à cet effet, pourraient ou se réunir dans chaque arrondissement, ou émettre par écrit leur vote. Puisque tous les conseils qui ont à représenter les intérêts d'une classe de citoyens se recrutent par l'élection, depuis les Chambres législatives jusqu'aux conseils municipaux, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les médecins, dont le premier caractère est l'indépendance au point de vue de la science et de la pratique? Ces conseils pourraient être éminemment utiles en éclairant régulièrement l'administration ou les Académies sur les besoins et les intérêts de la santé publique, et en reliant le corps médical tout entier. Mais il n'est pas convenable, nous disons même qu'il est immoral, et c'est là notre seconde condition, que ce conseil joue le rôle de délateur, comme le veut le projet, soit en exerçant un contrôle sur des confrères, soit en dénonçant les charlatans, quels qu'ils soient. Cette attribution doit rester à la police. Ici le rôle d'inquisiteur serait d'autant plus odieux qu'on pourrait supposer aux poursuites provoquées par ces hommes de l'art d'autres motifs que ceux de l'intérêt de la santé des citoyens. Le praticien doit être aux yeux du public entièrement pur et libre; il ne doit pas plus s'imposer qu'il ne doit recevoir des chaînes. Ce n'est pas par des règlements et des lois prohibitives qu'il commandera la confiance, mais par son savoir, son honnêteté, la sagesse de ses traitements et de ses médications. C'est au public à venir à lui, et non pas à lui à courir après le public et à forcer la clientèle.

Comme complément nécessaire aux conseils médicaux de département, nous desirerions de plus un conseil médical supérieur, qui se réunirait à des époques déterminées, par exemple une fois chaque année, et qui serait composé de membres délégués, soit par les conseils médicaux, soit par les Facultés et les écoles. Alors on aurait une représentation véritable du corps médical tout entier; représentation qui serait compétente pour indiquer aux législateurs les réformes à introduire, les abus à corriger, ou les institutions à créer pour donner à l'art et à la science tout le lustre et toute la prospérité dont ils sont susceptibles. La *haute commission* des études médicales, que le ministre a choisie arbitrairement, n'est qu'un vain simulacre de l'institution du conseil médical supérieur dont nous parlons ici. Quant au conseil royal, on peut dire qu'il est essentiellement incompétent dans tout ce qui touche à nos intérêts les plus chers. Sur trente membres en effet qui le composent, il n'y a que quatre médecins; et l'on sait encore que plusieurs de ces hauts conseillers ne sont médecins que de nom.

Mais que dirons-nous de l'article 7 du projet de loi, qui veut qu'on interdise l'exercice de sa profession non-seulement à tout médecin condamné à une peine afflictive ou infamante, mais encore à tous ceux qui auront encouru en tout ou en partie la perte des droits civiques, ou même encore une simple condamnation correctionnelle ?

Comment ! pour un délit de chasse, pour une rixe, pour un délit de presse, qui sait ? pour une simple contravention de police, pour une peine disciplinaire de la garde nationale, un tribunal peut interdire à un médecin l'exercice de son art, lui ravir une profession acquise au prix de longs travaux et des plus pénibles sacrifices, lui ôter son pain à lui et à sa famille !

Et il suffira, dans un tribunal de police correctionnelle, de deux juges prévenus ou malveillants pour prononcer son interdiction à la réquisition d'un adversaire haineux ou intéressé ! Comprend-on ce qu'aurait d'injuste et d'odieux une pareille tyrannie ?

Allons plus loin : il est souverainement inique de déclarer un médecin incapable d'exercer son art, même à la suite d'une condamnation criminelle. Jamais la loi ne poursuit le coupable après la peine accomplie; elle ne va jamais jusqu'à lui ravir alors ses moyens d'existence. C'est là une aggravation contraire même à l'esprit du Code pénal. Dans le médecin, il faut distinguer le citoyen et l'homme de l'art. A titre de citoyen, il est comme tout autre passible des tribunaux et des lois communes; comme praticien, il n'est tout au plus justiciable que de ses pairs. Que s'il fait de sa profession un usage criminel, le cas est déjà prévu par la législation actuelle. Nous pensons donc que cet article 7 doit être supprimé en entier.

En résumé, le projet de loi porte une atteinte grave à la dignité et à l'indépendance du médecin, en cherchant à le transformer en un fonctionnaire public et en l'enchaînant à une hiérarchie administrative.

Il manque son but quant à l'institution des médecins cantonaux.

Il fait des conseils médicaux de département un comité d'inquisition tout-à-fait immoral.

Il est inique et odieux quant à l'interdiction qu'il veut faire prononcer contre un médecin pour des condamnations qui sont étrangères à l'exercice de sa profession.

Nous avons touché quelques-uns des principaux points du projet de loi en ce qui concerne l'exercice de la médecine; dans un autre article nous signalerons les abus non moins graves qu'il consacre relativement à l'enseignement.

(La suite au prochain n°.)

REVUE CLINIQUE.

II. Clinique médicale.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Difficultés du diagnostic différentiel de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement.

A ne consulter que les derniers auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies de l'encéphale, rien ne serait plus aisé que d'établir le diagnostic différentiel de l'apoplexie et du ramollissement. Nous avons maintes fois entendu dire, à M. le professeur Rostan, entre autres, que les maladies du cerveau n'étaient réellement pas plus difficiles à reconnaître que celles de la poitrine. Telle ne paraît pas être tout-à-fait l'opinion de son collègue à l'Hôtel-Dieu, si nous en jugeons du moins par les considérations pleines de réserve auxquelles il s'est livré dans une de ses leçons cliniques à l'occasion des cas suivants :

Obs. 1. Un concierge, âgé de 67 ans, tombe sans mouvement au milieu d'un accès de colère motivé par une querelle. Apporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu, il avait tout le côté gauche paralysé; l'intelligence était d'abord restée intacte, mais pour un temps très court; il y avait un peu de mouvement fébrile. Le lendemain, on constata dans les membres droits une *légère contracture avec quelques mouvements convulsifs*, symptômes qui sont donnés par les auteurs comme ceux du ramollissement inflammatoire. Il n'y avait pas de paralysie de vessie ni du rectum. Le malade mourut le troisième jour après avoir offert des convulsions alternant avec la résolution des membres. A l'autopsie, on trouva un *épanchement considérable de sang dans les ventricules*, ainsi qu'une légère déchirure à la paroi postérieure du ventricule gauche.

Il est de rares et heureuses exceptions dans lesquelles l'hémiplégie ne se rapporte point à une lésion permanente des centres nerveux. Ainsi, c'est quelquefois une hémiplégie de courte durée, ou plutôt un engourdissement très passager des deux membres d'un même côté, qui dure quelques instants seulement et se dissipe en-

suite complètement à la suite d'un vomissement ou de sécrétions alvines. Ces paralysies, plus ou moins passagères, se voient assez fréquemment chez les hystériques, ne se voient même guère que chez ces sortes de malades, et les antécédents peuvent mettre sur la voie du diagnostic; mais, hors ce cas, l'hémiplégie doit toujours être regardée comme le signe presque certain d'une lésion anatomique des centres nerveux; mais alors elle a une signification différente suivant qu'elle débute soudainement ou bien qu'elle est lente et graduelle. Dans le premier de ces cas, on ne peut guère la rapporter qu'à une hémorrhagie ou à un ramollissement du cerveau. Existe-t-il maintenant des caractères cliniques suffisants pour que l'on puisse distinguer ces deux causes organiques de l'hémiplégie l'une de l'autre? En théorie, cela semble aisé à faire; mais, au lit du malade, il n'en est plus de même, et il est souvent arrivé à chacun de ces deux états d'usurper réciproquement l'un sur l'autre les caractères que les auteurs leur ont assignés avec tant de soin. Voici deux exemples cités à cette occasion par M. Chomel:

Obs. 2. Un jeune homme, étant sur la place de Grève pour se faire embaucher, sentit tout-à-coup un engourdissement dans un bras avec de la gêne dans les mouvements; les symptômes allant s'accroissant, il fut forcé de rentrer chez lui et put faire le chemin à pied. La gêne des mouvements alla toujours en augmentant pendant vingt-quatre heures, et le malade entra à l'Hôtel-Dieu. Les altérations du mouvement et du sentiment s'accrurent alors rapidement; l'intelligence s'altéra à son tour et le malade ne tarda pas à succomber dans un état comateux. Pendant la vie on avait diagnostiqué un ramollissement; à l'autopsie, il se trouva qu'on avait affaire à une hémorrhagie.

Le cas suivant montre l'exemple d'une erreur tout opposée:

Obs. 3. Un voyageur, se trouvant dans les environs de Paris, fut tout-à-coup frappé d'hémiplégie et de perte de connaissance. On l'apporta en cet état à l'Hôtel-Dieu, où il recouvra assez de ses facultés intellectuelles pour dire qu'il venait de faire un voyage de 30 lieues sans éprouver la moindre incommodité. Il n'avait également rien éprouvé les jours précédents, assurait même n'avoir jamais été malade. Le début soudain de l'hémiplégie ne pouvait que la faire rapporter à une hémorrhagie cérébrale. Eh bien! à l'autopsie, ce fut un ramollissement que l'on trouva.

Ainsi, dans les observations précédentes, on voit (obs. 2.) une hémorrhagie cérébrale débuter par les phénomènes paralytiques à marche lente attribués au ramollissement, et celui-ci (obs. 3.) débuter subitement par la sidération du sentiment et du mouvement qui ne semble être que le partage de l'apoplexie foudroyante.

Le malade de l'observation 3 a présenté des phénomènes convulsifs qui eussent pu faciliter le diagnostic, si les auteurs ont été dans le vrai en en faisant un des caractères propres au ramollissement. Mais en cela ils se sont trompés, ou du moins ils ont été trop absolus. M. Durand-Fardel, qui a fait de nombreuses recherches sur ce sujet, a reconnu, au contraire, que les contractures et les convulsions se rattachent plutôt à l'hémorrhagie qu'au ramollissement. Il attribue ce phénomène à la déchirure et à la désagrégation graduelles de la substance cérébrale par le poids qu'exerce sur elle le caillot hémorrhagique.

En définitive, ajoute M. Chomel en terminant, les vertiges, les engourdissements, les convulsions d'un côté du corps, appartiennent autant à la symptomatologie de l'hémorrhagie qu'à celle du ramollissement, tandis que les alternatives dans l'exercice des fonctions intellectuelles, du mouvement et du sentiment, appartiennent plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie. Il y a également lieu de soupçonner un ramollissement plutôt qu'une hémorrhagie lorsque l'intelligence se conserve malgré une hémiplégie complète et intense. Cependant cette relation ne doit point être considérée comme l'expression d'une loi constante, puisqu'on voit dans l'observation 3 la conservation de l'intelligence coïncider avec une hémiplégie complète. On voit donc que les signes mêmes qui viennent d'être indiqués ne sont encore que des éléments incertains de diagnostic.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — MM. BRIQUET ET BÉHIER.

Traitement du rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine.

M. Briquet est le premier qui ait employé à Paris cette méthode de traitement empruntée à l'école italienne. Les avantages qu'il lui a reconnus l'ont engagé à persévérer dans cette voie. Il a trouvé quelques imitateurs, entre autres MM. Guérard et Legroux. Nous avons aussi rapporté dans notre numéro de mai 1846 un cas de rhumatisme articulaire ainsi traité dans le service de M. Fouquier. Ceux qui fréquentent les visites de l'hôpital de la Charité sont donc à même de comparer les deux méthodes de traitement du rhumatisme les plus opposées, les saignées coup sur coup et le sulfate de quinine, en quelque sorte aussi coup sur coup. Ces deux méthodes ont également la prétention de juguler la maladie. Nous ne nous occuperons pas ici de la première qui est assez connue; nous ne parlerons que de la seconde qui l'est beaucoup moins et qui n'a pas soulevé moins de préventions. Le sulfate de quinine considéré comme tonique ne se recommanderait, en effet, guère contre une affection dans laquelle l'élément inflammatoire domine autant. On sait que les Italiens ont introduit ce médicament dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, à titre d'hyposthénisant exer-

çant une action élective sur le cœur et les gros vaisseaux artériels. Une condition nécessaire même, selon eux, pour que la quinine réussisse contre le rhumatisme, c'est que le cœur et les gros troncs artériels soient pris ; si le rhumatisme est localisé en un seul point, le sulfate de quinine ne saurait aller l'atteindre jusque-là, d'où il suit qu'il n'est indiqué que dans le rhumatisme articulaire fébrile. Cette explication ne sera pas encore admise de longtemps en France. Ceux qui ont été témoins de cas incontestables de guérison rapide du rhumatisme sous l'influence du sulfate de quinine préfèrent reconnaître dans ces cas particuliers un génie intermittent ou rémittent analogue à celui que l'on a invoqué pour un certain nombre de fièvres typhoïdes guéries par le quinquina. Nous avons entendu un jeune agrégé émettre publiquement, dans un des actes de la Faculté de médecine de Paris, l'opinion que le sulfate de quinine agit dans le rhumatisme comme moyen perturbateur, à peu près comme le feraient des coups de bâton. Nous ne pensons pas qu'il parlât bien sérieusement.

Quoi qu'il en soit de ces explications, voilà déjà quelques années que le sulfate de quinine est employé par plusieurs médecins des hôpitaux contre le rhumatisme. Jusqu'à plus ample examen, bornons-nous à accepter les faits empiriquement. Au début des essais, ce médicament, que l'on employait à doses trop hardies, a été dénoncé comme ayant causé des accidents toxiques très graves, la mort même. Ces abus de la méthode lui ont fait un tort immense, et il lui faudra bien du temps pour s'en relever. Mais entre des mains prudentes, entre celles de M. Briquet, le sulfate de quinine n'a occasionné rien de tel. Il faut dire aussi que ce médecin a acquis par une longue expérimentation de ce médicament une sorte de tact qui lui fait voir d'avance comme par intuition quel sera le degré de tolérance du malade, et plus tard quel est le degré de saturation. Il fait remarquer, à cet égard, que les individus qui, dans l'état de santé, supportent le mieux les alcooliques sans s'enivrer, sont aussi ceux qui tolèrent le mieux le sulfate de quinine lorsqu'ils sont atteints de rhumatisme. Aussi a-t-il toujours soin de questionner préalablement les malades sur leur force de résistance contre l'intoxication alcoolique. C'est là un point à examiner. La dose de sulfate de quinine qu'il prescrit le plus ordinairement est de 1 gramme 1/2 à 2 grammes ; rarement va-t-il jusqu'à 3. — Maintenant, pour donner une idée de l'action rapide que peut exercer le sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, nous rapporterons le fait suivant, un de ceux qui militent le plus en faveur de la nouvelle méthode :

Obs. — Un homme de trente-neuf ans, forgeron, de taille moyenne, vigoureusement constitué, est entré le 9 novembre dernier dans le service de M. Briquet. Ses antécédents portent qu'il a eu déjà trois attaques de rhumatisme. La première, qu'il eut à dix-sept ans, fut traitée uniquement par l'expectation et quelques émissions sanguines locales. Elle dura six mois. Les deux suivantes, qui eurent lieu, l'une à vingt-trois ans, l'autre à vingt-neuf, furent traitées chacune par cinq ou six saignées très rapprochées. Toutes deux ne durèrent plus qu'un mois. — La nouvelle attaque pour laquelle le malade vient d'entrer a débuté subitement, un mois auparavant, à l'épaule gauche, puis s'est étendue aux lombes avec réaction fébrile. Il a été obligé de s'aliter ; mais, du reste, il n'a point fait de traitement actif.

A son entrée, le malade se plaint de douleurs lombaires fixes et de douleurs vagues dans d'autres articulations. Plusieurs de ces dernières, tant grandes que petites, sont gonflées et douloureuses. Il y a 106 pulsations ; mais pas de bruits anormaux au cœur.

Le lendemain 10, à la visite, le malade se plaint de n'avoir pas dormi depuis trois nuits ; son pouls est monté à 126. La peau est moite. Nous ne détaillerons pas quelles sont les articulations qui sont douloureuses et tuméfiées ; presque toutes sont plus ou moins engagées ; mais c'est à la région lombaire qu'est la souffrance la plus vive au moindre mouvement. Le malade déclare bien supporter les effets du vin et de l'eau-de-vie. On lui prescrit 2 grammes de sulfate de quinine dans une potion.

Dans la nuit du 10 au 11, le malade a mieux dormi. Il a eu quelques envies de vomir en prenant les dernières doses de quinquina. Le pouls est redescendu à 108. Plusieurs articulations sont moins gonflées, moins douloureuses, sont devenues plus aisément mobiles. L'épaule droite seule et une des articulations tibio-tarsiennes sont restées réfractaires ; l'autre articulation tibio-tarsienne est même devenue plus douloureuse ; mais la douleur lombaire fixe a tout-à-fait disparu et le malade peut plier le tronc. On prescrit 2 grammes 1/2 de sulfate de quinine.

Le 12, le pouls est descendu à 96. Le malade dort bien. Amélioration générale des articulations malades ; mais, en revanche, il est survenu de la douleur dans l'un des côtés du thorax. Le cœur continue d'être libre. (2 grammes de sulfate de quinine. — Lavement purgatif pour vaincre une constipation opiniâtre qui existe depuis l'entrée du malade.) Jusque-là le sulfate de quinine n'a causé aucun bourdonnement dans les oreilles.

Le 13, le pouls est resté à 96. Il s'est développé dans la nuit une vive douleur à la région sternale ; mais celle de côté a disparu le matin. Toutes les articulations des membres sont devenues libres et exemptes tant de douleur que de gonflement. On continue le sulfate de quinine à la même dose et on commence à donner du bouillon.

Le lendemain 14, le pouls est descendu à 80, la douleur sternale a disparu ; il ne reste nulle part de traces de rhumatisme. La quinine n'exerce aucune

influence sur les organes de l'audition ni sur ceux de la vue.

Le pouls continue à descendre les jours suivants. On diminue graduellement la dose du sulfate de quinine jusqu'au 18 qu'on le cesse complètement. Le malade se sent si bien qu'il demande à sortir; mais on le garde encore quelques jours en observation.

Rhumatismes compliqués de pleurésie.

Deux cas remarquables de complication pleurétique dans le rhumatisme, ou, si l'on aime mieux, de coïncidence de la pleurésie avec le rhumatisme, se sont présentés presque simultanément dans la même salle. On a eu, dans ces derniers temps, l'attention fixée si exclusivement sur l'état du péricarde, qu'il semble qu'on en ait tiré cette conséquence que les autres séreuses sont dans un état absolu d'immunité. Il importe cependant d'autant plus d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ces coïncidences, que la marche de la pleurésie paraît être très insidieuse dans ces circonstances. C'est au moins ce qui est arrivé chez les deux malades du service de M. Fouquier.

Obs. I. *Pleurésie avec épanchement survenant dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu général.* — Le 26 novembre 1846 est entré à la Charité un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu multiple. Il rapporte que deux ans auparavant il a eu la même maladie avec des palpitations, de la dyspnée et de l'œdème. Quant à celle pour laquelle il est entré, elle l'a pris le 20 novembre à la suite d'un refroidissement. Il a eu d'abord un peu de céphalalgie et du malaise. Le 22, il a eu des frissons qui ont été suivis de douleurs dans les hanches d'abord, puis plus tard aux poignets, aux genoux et aux coudes. Le malade a 120 pulsations fortes et régulières. Du côté des organes circulatoires, on ne constate qu'un léger bruit de souffle au cœur et aux carotides, mais sans impulsion vive, phénomène que l'on attribue à un certain degré d'anémie. Malgré cette sorte de contre-indication, on fait une saignée de trois palettes, que l'on renouvelle deux autres fois, vu la persistance des douleurs. On fut néanmoins obligé de renoncer aux saignées avant que les douleurs fussent amendées, et l'on s'en tint à la poudre de Dower. Les jours suivants, il se manifesta de la toux et de la dyspnée qui firent soupçonner l'existence d'une complication du côté de la plèvre ou du péricarde. Et, en effet, on trouva dans l'un des côtés de la poitrine une matité très prononcée. Les symptômes de pleurésie augmentèrent le lendemain, malgré l'application d'un vésicatoire. Les symptômes aigus cédèrent sous l'influence du tartre stibié et des ventouses scarifiées. On n'eut plus ensuite qu'à favoriser la résorption de l'épanchement.

Obs. II. *Épanchement pleurétique latent survenant dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu général.* — Le sujet de cette observation est un jeune homme de 20 ans qui fut pris de lumbago, le 28 octobre, sans cause connue. Le 3 novembre les douleurs envahirent les membres inférieurs, puis s'étendirent de là, les jours suivants, aux poignets et aux genoux. Le malade entra à l'hôpital dans cet état, et avec un léger mouvement fébrile. On ne trouva rien du côté du cœur. On se borna à prescrire de la poudre de Dower. Comme les douleurs persistaient encore trois jours après son entrée, on lui fit prendre un bain de vapeur. Ce moyen ne réussissant pas mieux, on lui fit dans le courant de deux jours trois saignées dont deux de 300 grammes; l'autre se trouva n'être que de 120. Le même état persiste; on applique six ventouses scarifiées autour des genoux. Le lendemain, l'inutilité de cette application porte à faire une quatrième saignée de 300 grammes qui est également sans effet. M. Béhier, ne pouvant plus insister sur les saignées qui n'ont produit aucune amélioration, employa alors pendant plusieurs jours l'opium à haute dose, et encore avec le même insuccès. L'opium amena d'ailleurs quelques légers accidents du côté des voies digestives. On resta quelques jours dans l'expectation. Cependant ce qui venait d'arriver au malade précédent dont le diagnostic s'était beaucoup plus vite éclairci, quoiqu'il fût entré plus tard que celui-ci, fit penser à M. Béhier qu'il pouvait y avoir quelque analogie entre ces deux malades. Les symptômes étaient, il est vrai, beaucoup plus obscurs chez le dernier. Mais il y avait chez lui persistance d'un mouvement fébrile que les douleurs articulaires n'expliquaient pas. L'auscultation fit, en effet, reconnaître un épanchement pleurétique considérable qui ne s'annonçait d'ailleurs par aucun autre symptôme direct; car il n'y avait ni toux ni dyspnée.

Médecine pratique.

III. De l'emploi de l'eau froide considéré dans ses rapports avec la physiologie et la thérapeutique.

(Suite) (1).

CHAPITRE PREMIER.

§ IV. — De l'influence du froid sur la tête. — Des douches.

Les principes que nous avons essayé d'établir auront pour but de nous guider dans les applications spéciales; ce serait, en effet, bien mal comprendre l'emploi d'un médicament que d'en étudier seulement l'action sur certaines parties isolées, sans chercher en même temps à se rendre compte de cette même action sur l'économie en général. Nous tâcherons donc, autant que possible, de compléter ces deux études l'une par l'autre.

Obs. 4. — Un jeune homme, dit le docteur Sinogowitz, avait été exposé pendant un voyage aux intempéries d'une nuit excessivement rigoureuse; habillé du reste très chaudement, sa tête seule n'a-

(1) Voyez le dernier numéro.

vait pas été efficacement préservée du froid; aussi éprouva-t-il, en entrant dans une chambre d'une température élevée, un sentiment de chaleur intolérable, tant au visage qu'à toute la région crânienne. Cette sensation était accompagnée d'une angoisse particulière et d'une disposition à la syncope. Obligé de sortir de l'appartement, les mêmes phénomènes se reproduisaient dès qu'il y rentrait. Cette indisposition, loin d'être passagère, prit un type chronique et nécessita un traitement fort long. Le malade était obligé non-seulement d'éviter la transition subite dans un milieu très chaud, mais encore un exercice trop violent; la moindre émotion appelait le retour des mêmes accidents : bruissement dans les oreilles avec surdité, angoisse et syncope. Lorsque le jeune homme fut soumis à l'observation médicale, il fit remarquer qu'à dater de l'époque du refroidissement il avait perdu tous ses cheveux. La base du traitement consista à rétablir l'équilibre dans la circulation, à éviter les transitions brusques de température; des frictions sur la tête avec des spiritueux aromatiques, et des lotions froides, furent employées avec succès.

Si nous rapprochons cette observation de celle de ce jeune militaire qui fit la campagne de Russie, nous aurons un nouvel exemple de l'influence que le froid peut exercer sur la peau et sur les vaisseaux périphériques. (Ch. I, obs. III, § 2.)

L'auteur que je cite dit avec raison que le médecin qui s'est bien rendu compte de l'action du froid sur l'organisation n'emploiera qu'avec beaucoup de précaution et de discernement les lotions froides et la glace sur la tête. Lorsque la glace aura été appliquée, il faudra, dit-il, soigneusement essuyer la tête, et observer les phénomènes de la réaction; si, sous l'influence de ce moyen, le malade transpire, cette transpiration devra être le régulateur de la conduite à tenir. Or, les natures vigoureuses se comportent tout autrement dans ce cas que les constitutions débiles : la transpiration qui se produit chez les premières sera d'un favorable augure; il n'en sera pas de même chez les secondes; aussi le médecin devra-t-il non-seulement varier ses moyens d'action, mais encore apporter le plus grand soin à régulariser le temps pendant lequel le médicament devra agir. L'observation de ce sage précepte aurait évité bien des terminaisons fâcheuses dans les maladies; c'est ainsi que l'on a cru, dans certains cas de *delirium tremens*, pouvoir calmer le délire aigu et parfois furieux de ces malades par des applications incessantes de glace sur la tête. On a vu, sous l'influence de ce moyen, les malades pâlir soudainement, murmurer quelques mots, et succomber. La douche, comme nous le verrons dans un instant, a produit le même résultat chez des aliénés; l'application de l'eau froide, trop longtemps continuée dans des lésions traumatiques, a amené la mortification des parties. Sans doute, nous dira-t-on, ce sont des faits exceptionnels; mais entre ces cas extrêmes et les lésions moins graves il y a une foule d'éléments pathologiques qui paraîtront d'autant plus clairs et plus précis aux médecins, qu'ils se seront exercés davantage à rattacher les faits à leurs principes.

De la douche. — Lorsque la douche est appliquée sur la tête, elle peut l'être dans des conditions très variables; ou l'individu est aliéné, ou il ne l'est pas. Dans le premier cas, la douche est souvent un moyen de punition; le malade, comme on le conçoit, est obligé de l'endurer, malgré ses cris et ses menaces, et je ne sache pas que l'on ait dans ce cas d'autre objet en vue qu'une médication purement morale; mais toujours est-il qu'il est extrêmement imprudent de laisser ce moyen d'action entre les mains des infirmiers, et que les conséquences peuvent en être trop redoutables pour que le médecin n'en dirige pas lui-même l'emploi et n'en assume pas toute la responsabilité (1). Mais, d'un autre côté, la douche n'est pas toujours employée par force dans les maisons d'aliénés; il y a des malades tranquilles auxquels on applique la douche dans des conditions de raison assez lucide pour qu'ils puissent édifier le médecin et sur les effets qu'ils ressentent et sur le bien qu'ils éprouvent. Dans les institutions hydrothérapiques, la douche sur la tête se fait de diverses manières. « Il y a, dit le docteur James (2), » plusieurs espèces de douches : la hauteur de » la chute d'eau est d'une quinzaine de pieds, » et varie depuis un simple filet jusqu'à une » forte nappe; sa direction est verticale ou » oblique, selon les parties qu'on veut atteindre. J'expérimentai, dit l'auteur, les deux » principales douches : la douche en arrosoir » et la grosse douche.

» *Douche en arrosoir.* — J'attends que » mon corps ne soit plus en sueur, puis » je me place sous la douche, les mains » étendues au-dessus de la tête, afin d'amortir le premier choc. De cette manière » l'eau se brise et tombe sur moi en poussière » écumeuse.

» La sensation fut désagréable, et elle devint pénible lorsque, sans interposer les » mains comme j'avais fait d'abord, je présentai à la douche le dos et les reins, puis » successivement les autres parties du corps. » J'essayai aussi de la recevoir sur la tête, » mais cela m'étourdit.

» *Grosse douche.* — Celle-ci, je la supporte » beaucoup mieux; si son choc est plus fort, » au moins est-il plus franc; on n'a qu'une » seule sensation au lieu de ces milliers de pe-

(1) Heureusement les maisons d'aliénés ont pris depuis quelques années un tel essor de perfectionnement que bientôt il ne sera plus question de la crainte que j'exprime. J'ai visité les principaux établissements d'aliénés en Europe, et j'ai consigné dans les Annales médico-psychologiques le progrès immense qu'a fait cette branche de l'art de guérir.

(2) Études sur l'hydrothérapie, par le docteur James.

» tites impressions tellement divisées et uni-
» formes qu'on ne sait à laquelle répondre.
» Cette douche excite très rapidement la peau.
» J'y restai le même temps que sous la pre-
» mière, cinq minutes; quand je me retirai,
» j'avais le corps rouge. Mes mains et mon vi-
» sage offraient, au contraire, une teinte légè-
» rement bleuâtre. Le baigneur m'essuya et
» me frictionna rudement; la réaction se fit à
» merveille; du reste elle s'opère toujours très
» vite après la douche. »

Les docteurs Galtier et Luppé ont aussi expérimenté la douche sur eux; les observations de ce genre sont trop précieuses pour ne pas être recueillies et étudiées. — « A la première
» douche, dit le docteur Galtier, constriction
» très douloureuse dans le thorax causée par
» l'asphyxie, et aussi par la surprise due à une
» sensation aussi nouvelle, car la seconde fois
» cette douleur disparut, quoique la difficulté
» de respirer fût la même. Quand il me fut
» permis de garantir ma figure avec les mains,
» je ne sentis plus que la chute de la colonne
» d'eau sur ma tête, sensation assez agréable.
» Au sortir du bain, j'éprouvai un prurit as-
» sez fort sur tout le cuir chevelu; cela ne se
» renouvela pas le lendemain. Quelques heu-
» res après, ma tête était lourde et fatiguée.

» Le lendemain, je respirai avec moins de
» gêne que la veille, parce qu'au lieu de faire
» une forte inspiration et de retarder ensuite
» l'expiration le plus possible (ce qui fatigue
» et rend très difficile une seconde inspira-
» tion), j'inspirai et expirai fréquemment.
» On peut, d'ailleurs, éviter entièrement la
» suffocation, la plus grande, sinon la seule
» douleur de la douche, en détournant brus-
» quement la tête : le mouvement brise la
» nappe d'eau qui coule sur la figure. Si
» l'on saisit ce moment, on peut respirer avec
» assez de facilité avant qu'elle ne soit refor-
» mée; cela est facile surtout lorsqu'on reçoit
» l'eau obliquement. La colonne d'eau me pa-
» raissait plus lourde que la veille, mais du
» reste rien de souffrant; seulement l'eau, en
» coulant sur les épaules, produisait un froid
» désagréable. Ma tête fut lourde encore toute
» le journée, mais guère plus que la veille. En
» passant ma main sur le front, je sentis ma
» peau meurtrie; je n'éprouvai pas cette sen-
» sation snr les autres parties de la tête, quoi-
» que frappée par la colonne d'eau aussi long-
» temps que la première. »

« A la première douche, dit maintenant le
» docteur Luppé, j'ai d'abord une sensation
» agréable de froid à la tête; puis, quand le
» besoin de renouveler l'air de mes poumons
» s'est fait sentir, ne pouvant respirer, j'ai
» éprouvé un sentiment d'angoisse horrible,
» qui est à peu près le même que celui qu'on
» éprouve quand on va se noyer, et qu'on a
» pu en se débattant revenir sur l'eau, respi-
» rer un peu pour s'enfoncer de nouveau. (Je
» puis faire cette comparaison, parce que j'ai
» manqué une fois de me noyer.)

» Quand il m'a été permis de mettre la main
» devant la figure de manière à pouvoir dé-
» tourner la nappe d'eau, j'ai ressenti l'im-
» pression agréable de froid dont j'ai déjà
» parlé; mais, en continuant à recevoir la
» douche, j'ai senti de la chaleur à l'endroit
» où frappait l'eau.

» Le lendemain j'ai éprouvé les mêmes sen-
» sations, mais, de plus, un sentiment de pe-
» santeur, parce que l'eau tombait de plus
» haut, et la chaleur dont j'ai parlé s'est dé-
» veloppée plus vite. Dans la journée, je n'ai
» pas eu mal à la tête; je dois même dire, en
» faveur de la douche, que la première fois
» j'avais une céphalalgie frontale si forte que
» je pouvais à peine ouvrir les yeux; sitôt la
» douche prise, mon mal de tête avait dis-
» paru. »

La variété des sensations que l'on éprouve sous la douche paraît surtout venir, et de la hauteur de la colonne d'eau, et du degré de froid du liquide. Je ne pense pas, pour ma part, qu'à moins d'indications bien précises, le froid doive être au-dessous de 12 degrés centigrades. Les douches à la température de zéro occasionnent une douleur excessive, et, chose importante à considérer, la réaction s'établit plus difficilement.

J'ai donné littéralement les impressions éprouvées par ces médecins ; mais on conçoit fort bien que les sensations des personnes qui expérimentent ne doivent pas être les mêmes que celles de malades, tels que les aliénés, chez lesquels l'opposition morale doit contrarier beaucoup les effets physiologiques de la douche.

Un aliéné d'une forte constitution, dit M. Rech, jouissant d'une bonne santé, était sujet à de fréquentes hallucinations; s'étant un jour livré à des excès violents contre ses gardiens, le médecin jugea qu'il était nécessaire de le punir. Il prescrivit la douche qu'on savait qu'il redoutait beaucoup ; il se débattit encore, poussant des cris violents ; mais enfin la force l'emporta, la douche fut administrée. La colonne d'eau était faible, la douche ne dura pas deux minutes, et néanmoins l'aliéné, qui avait continué à crier, tomba tout-à-coup dans un silence profond; il pâlit, sa tête se pencha sur sa poitrine, il était mort. On tenta en vain les réactifs les plus énergiques; il n'y eut plus signe de vie.

Lorsque le lendemain on fit l'ouverture du cadavre, on ne trouva absolument aucune altération qui pût expliquer la folie ni la mort.

Il est probable que les efforts prodigieux que l'aliéné avait faits pendant sa longue résistance avaient déjà diminué sa force d'innervation, que ses cris si violents et si longtemps répétés avaient provoqué un commencement d'asphyxie, et que, dès lors, il suffit qu'un obstacle momentané empêchât l'introduction de l'air dans la poitrine pour qu'il survînt une suffocation mortelle.

Dans une autre circonstance, M. Rech prescrivit lui-même la douche. L'aliéné se débattait beaucoup et poussait des cris non interrompus ; cependant la douche fut administrée ; elle durait depuis trois ou quatre

minutes, lorsque les cris cessèrent tout-à-coup; les yeux s'étaient fermés, la pâleur s'était répandue sur le visage et sur tout le corps, le pouls ne battait plus; il y avait lipothymie. Des réactifs furent employés tout aussitôt, de l'eau presque bouillante fut appliquée aux extrémités, on fit des frictions sur tout le corps, un flacon d'ammoniaque fut placé sous le nez, et la respiration se rétablit.

« Dans cette circonstance, dit le docteur » Rech, je fus moins malheureux que mon » confrère; mais bien certainement, si je » n'avais pas été attentif à l'action de la dou- » che, ou si j'avais été dans l'impossibilité de » mettre en œuvre à l'instant même les réac- » tifs les plus puissants, la douche eût encore » occasionné la mort. Je l'ai vue chez plusieurs » autres aliénés causer un commencement de » défaillance, et toujours alors ils n'avaient » cessé de pousser des cris pendant qu'ils la » recevaient. Il est probable que, dans ce cas, » l'eau était entrée dans la bouche et avait » provoqué un resserrement spasmodique du » larynx, peut-être aussi de la trachée-artère » et des bronches. Un resserrement semblable » peut bien avoir contribué à la mort du sujet » de ma première observation et à la lipothy- » mie du sujet de la seconde.

» La douche est donc un moyen qui peut » devenir mortel et qui d'ailleurs détermine » souvent des sensations très douloureuses. Il » faut bien qu'il en soit ainsi, puisque tant » d'aliénés la redoutent au point de se sou- » mettre aux privations les plus dures et aux » travaux les plus fatigants, aux aveux les » plus humiliants dans leur esprit, plutôt que » de se la laisser infliger. Combien n'en ai-je » pas entendu me dire qu'elle était pour eux » un supplice affeux ! Combien n'en ai-je pas » connu qui conservaient un long désir de » vengeance contre le médecin qui la leur » avait fait infliger ! Combien, dirai-je encore, » ne me serait-il pas facile d'en désigner qui, » après leur guérison, qu'ils reconnaissaient » eux-mêmes devoir à la douche, en gardaient » un si pénible souvenir qu'il suffisait de pro- » noncer ce mot pour déterminer en eux un » vrai frémissement. Il n'est donc pas éton- » nant que quelques médecins se soient élevés » avec force contre l'emploi d'un pareil moyen, » que des hommes politiques aient voulu le » prohiber ! Ils étaient poussés par un senti- » ment généreux, mais exagéré. En médecine, » ce sont les remèdes héroïques qui peuvent » seuls être employés avec succès contre les » maladies rebelles. Le tartrate d'antimoine » et de potasse, le quinquina, l'opium, ont eu » leurs détracteurs; bien des hommes de mé- » rite ont voulu les proscrire, épouvantés » qu'ils étaient de la violence de leur action » dans quelques cas ! Cependant ces remèdes » sont restés puissants, et aucun praticien au- » jourd'hui ne craint de les ordonner. Il en » sera de même de la douche, lorsque, au lieu » d'être donnée au hasard et par des person- » nes inexpérimentées, son action sera bien » déterminée, et que les médecins seuls au- » ront le droit de la faire administrer. Alors » on n'aura plus à en redouter les conséquen- » ces; elle deviendra ce qu'elle a été entre les » mains de plusieurs médecins illustres, un » moyen thérapeutique d'une haute valeur. » Pour moi, je n'hésite point à le dire, je la » prescris souvent, je lui dois d'importantes » guérisons, et sans elle je ne connaîtrais pas » la possibilité de maintenir l'ordre dans un » asile d'aliénés. »

Nous aurons, du reste, occasion de nous étendre plus spécialement sur ce sujet à l'article des cas dans lesquels on doit administrer l'eau froide; mais rien ne nous empêche de donner ici les conclusions de M. Rech sur les effets physiologiques de la douche, conclusions d'autant plus précieuses qu'elles appartiennent à un observateur distingué et qui s'est spécialement occupé de cette matière (1).

La douche dont on se sert habituellement dans le traitement des aliénations mentales produit trois effets immédiats : le refroidissement de la tête, un choc sur la voûte crânienne et la gêne de la respiration. Ces effets se combinent le plus souvent et se traduisent en une sensation très douloureuse; mais, dans des cas peu rares, chacun d'eux modifie à sa manière les actes fonctionnels de l'encéphale.

La douche, par la douleur et surtout par la gêne de la respiration, imprime un sentiment de crainte, de terreur, dans l'esprit des aliénés, c'est-à-dire qu'elle agit moralement; par ses effets immédiats, elle change le mode d'être actuel de l'encéphale, elle agit sur les forces de la vie. Elle peut être un moyen rationnel, le plus souvent il est perturbateur.

C'est par son action morale que la douche devient surtout moyen thérapeutique dans le traitement des aliénations mentales; mais son action dynamique, dans un assez grand nombre de cas, ne saurait être révoquée en doute.

Les effets de la douche ne peuvent, dans aucun cas, être prévus à l'avance; ils varient selon une foule de circonstances et surtout en raison des prédispositions des aliénés qui la reçoivent; terribles chez les uns, ils sont nuls chez les autres.

La douche est, en résultat, un remède énergique. Par son administration intempestive et trop prolongée, elle a donné lieu aux accidents les plus graves; elle est devenue mortelle. Prescrite par des médecins intelligents et administrée sous leurs yeux, non-seulement elle a toujours été sans danger, mais elle a même amené des guérisons aussi brillantes que difficiles.

La douche ayant des effets qui ne peuvent être déterminés à l'avance, mais étant toujours sans inconvénient, pourvu qu'elle soit donnée avec prudence, on peut l'essayer dans le traitement de toutes les aliénations menta-

(1) De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales, par M. le docteur Rech.

les. On l'a vue calmer les maniaques et les monomaniaques, réveiller les lypémaniaques et les insensés, dissiper les erreurs des illusionnés et des hallucinés.

Les effets de la première douche suffisent ordinairement pour instruire le médecin sur ce qu'il doit espérer ou craindre de ce moyen, sur la manière dont il doit l'employer. Quelques aliénés cependant parvenant à dissimuler l'impression qu'ils ont reçue, il faut, dans tous les cas, se méfier de leurs assertions.

Que l'on me permette encore sur ce sujet quelques réflexions : dans l'Europe, tant occidentale que méridionale, j'ai eu occasion de voir les modifications nombreuses apportées à l'emploi des médicaments par les influences climatériques et hygiéniques. En Hollande, où l'atmosphère est continuellement saturée de vapeur d'eau, l'eau froide est employée avec discernement ; à Berlin, j'ai vu le célèbre psychologue Ideler renoncer presque complètement aux douches sur la tête des aliénés. « L'âpreté de notre climat, me disait-il, le grand nombre d'excitations maniaques dues à l'abus des boissons alcooliques, la tendance à la paralysie générale, me font une loi de n'employer ce moyen qu'avec les plus grandes précautions. » Dans les cas de mélancolie profonde avec prostration des forces et prédominance d'idées de désespoir, j'ai vu le médecin remplacer avec avantage la douche sur la tête par des jets d'eau froide dirigés le long de la colonne vertébrale. Dans le même pays, les médecins ont eu plus d'une fois occasion d'observer que des catarrhes de l'oreille (1), diverses affections graves des yeux, des névralgies de la face, des tendances à la congestion cérébrale, et presque toujours la chute des cheveux, sont survenus après l'emploi des douches et des affusions froides plus ou moins prolongées sur la tête. L'importance des organes des sens renfermés dans cette région est, certes, un puissant motif pour apporter dans l'emploi de ce remède toute la science et le discernement désirables.

§ V. L'application de l'eau froide aux autres parties du corps considérées isolément ne nous occupera qu'autant que nous trouverons occasion de faire ressortir quelque règle générale d'hygiène ou de thérapeutique pouvant nous servir plus tard à mieux apprécier les indications spéciales, utiles à suivre dans les cas particuliers.

L'eau froide n'est guère employée pour la face que comme moyen de toilette ; mais les plus simples principes que recommande une bonne hygiène se rattachant aux lois physiologiques, les personnes à épiderme sensible, les femmes blondes surtout, devront, en se levant, éviter de se laver la figure avec de l'eau trop froide et de s'essuyer violemment avec une serviette trop rude. Le médecin allemand que j'ai déjà eu occasion de citer dit qu'il peut résulter de ce régime des inflammations des yeux et du bord libre des paupières, et certaines colorations de la face que l'on peut attribuer à la première vue à des écarts de régime.

§ VI. La région du cou, sillonnée de tant de vaisseaux, de nerfs et de troncs nerveux importants, placés, pour ainsi dire, immédiatement sous la peau, siége de tant de glandes, renferme encore le larynx et les conduits aériens dont l'étroite corrélation avec les poumons est bien connue. Un système cellulaire plus abondant chez la femme et la barbe de l'homme semblent être destinés par la nature à préserver ces précieux organes des influences extérieures qui peuvent leur être nuisibles. Les médecins hydropathes citent des guérisons de croup, d'angine et d'enrouement chronique par l'emploi de leur méthode. Je ne veux pas me prononcer sur les premiers cas ; quant à ce qui regarde certains enrouements chroniques, et même certaines angines, on conçoit fort bien les modifications heureuses apportées contre ces affections par la méthode perturbatrice ; mais on se demande quelle est, dans les cas simples, l'opportunité de recourir aux moyens extrêmes. A ce propos, qu'on veuille bien me permettre une réflexion qui pourra s'appliquer plus d'une fois dans le cours de ce mémoire à des cas de guérisons extraordinaires opérées par l'eau froide. Nous voyons dans certains établissements spéciaux l'application la plus hardie des théories énoncées dans quelques livres ; ce ne sont plus seulement les maladies chroniques, mais les affections aiguës, telles que la pneumonie, la variole, la rougeole, la scarlatine, les rhumatismes articulaires et toutes maladies pour la guérison desquelles on ne pouvait assez réclamer la chaleur et les méthodes antiphlogistiques, qui ont été traitées par l'eau froide, et l'on ne peut nier que, dans plusieurs de ces cas, les malades n'aient traversé avec bonheur les épreuves auxquelles ils ont été soumis.

Mais peut-on raisonnablement inférer de ces succès qu'il faille renverser toute la thérapeutique ancienne, et que certaines maladies dont la guérison est pour ainsi dire assurée par les données les plus sûres de l'expérience doivent être soumises de prime abord et sans contrôle aucun aux expérimentations nouvelles ? Non sans doute, une telle manière de procéder serait aussi illogique que dangereuse ; contentons-nous donc de constater les faits soumis à notre examen, ne les rejetons pas avant d'avoir essayé de les mettre en harmonie avec les données de la physiologie et de la saine observation médicale. C'est par cette manière de procéder que nous arriverons à la vérité, par une méthode plus lente il est vrai, mais aussi plus scientifique, et partant plus sûre et plus féconde en résultats.

Pour compléter ma pensée, j'ajouterai encore que si l'on pouvait réunir dans un recueil la thérapeutique comparée des différents

(1) Un de nos collaborateurs, M. le docteur Hubert Valleroux, a aussi observé des catarrhes très graves de l'oreille survenus après les affusions d'eau froide sur la tête. N. D. R.

peuples du globe, on serait, à la première vue, choqué des étranges contradictions que renfermerait un pareil livre. Habitués que nous sommes à juger les médicaments dans leurs rapports avec la constitution formulée par les habitudes hygiéniques qui nous sont propres, notre esprit répugne à admettre qu'il puisse exister d'autres idiosyncrasies pour lesquelles ce que nous regardons comme indifférent ou nuisible peut renfermer les éléments d'une médication bienfaisante et active. Or, cependant, le fait existe, et nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que les habitudes hygiéniques prédisposent la constitution à la tolérance de tel ou tel médicament, favorable dans un cas à un individu, et mortel à un autre placé dans des circonstances différentes. Si donc il en est ainsi, nous devons reconnaître que les habitudes hygiéniques, résultat de l'emploi des bains, n'ont pas pris chez nous assez de développement pour pouvoir faire de l'eau froide un remède applicable à tous les individus, sans différence de sexe, d'âge et de tempérament, et qu'en tout état de cause, il serait parfois dangereux de soumettre de prime abord un malade au traitement hydrothérapique, si d'abord on ne l'a pas amené progressivement à pouvoir supporter cette nouvelle médication.

Nous ne pouvons donc le proclamer assez haut, les bains, cette partie si importante de l'hygiène, sont encore bien loin d'être entrés dans l'usage commun. Je ne nie pas les immenses progrès qui ont été faits, et je sais que dans cette capitale on compte par centaines les établissements thermaux ouverts au public, tandis qu'en 1789 il y en avait à peine cinq ou six; les bains de rivière, qu'on employait si peu il y a quelques années, deviennent très communs aujourd'hui; mais, encore une fois, il y a loin de ce progrès, qui n'atteint guère encore que les classes aisées, à un usage général faisant partie intégrante de l'hygiène publique et des mœurs (1). On me pardonnera, j'espère, cette digression qui servira à mettre sous un nouveau jour l'esprit dans lequel je me suis placé en faisant ces recherches.

§ VII.—Région de la poitrine.

Les lotions froides sur la poitrine procurent aux sujets vigoureux un bien-être particulier; la respiration semble devenir plus facile, après qu'une douce réaction a fait place à la première et pénible impression du froid. Les individus à constitution frêle et débile que l'on croit devoir soumettre à cette épreuve devront auparavant être exposés à l'influence de l'air extérieur; des vêtements larges et commodes ne gêneront pas le jeu de leurs poumons, et les premières applications d'eau froide seront faites en passant rapidement sur les bras et la poitrine une éponge à demi mouillée. A moins de contre-indications spéciales venant de l'état des poumons, on pourra asseoir ce traitement sur une base plus large. L'effet physiologique des lotions d'eau froide sur la poitrine pendant la menstruation et la lactation a été d'arrêter subitement le cours de ces sécrétions; dans d'autres circonstances, des compresses d'eau froide appliquées autour des reins et sur la poitrine ont amené le retour des règles. J'ai vu, sous l'influence du même traitement, guérir une douleur fixe dans le côté, douleur qui avait succédé à une pleuropneumonie et qui était probablement le résultat d'adhérences dans les plèvres et de sécrétions anormales. Mais, dans ces cas, les compresses avaient été appliquées jusqu'au point de développer des érythèmes considérables; on avait provoqué chez ces malades des transpirations très abondantes, activées encore par l'eau froide prise à l'intérieur.

La pneumonie est une maladie trop fréquente pour que l'on n'ait pas essayé de la traiter par l'hydrothérapie, surtout lorsqu'elle prenait naissance dans l'établissement où le malade était placé pour une autre affection. Il serait difficile, avec nos idées actuelles tant en physiologie qu'en pathologie, de nous rendre compte de la guérison opérée en trois jours d'une pneumonie aiguë avec crachement de sang chez un sujet de vingt-deux ans, et cela au moyen de bains froids prolongés et de compresses froides enveloppant tout le corps. M. Scoutetten, qui rapporte ce fait, ajoute la réflexion suivante : « Malgré ce succès que » j'ai voulu présenter comme un exemple du

(1) Le célèbre Hufeland, dans sa Macrobiotique, ou l'art de prolonger la vie de l'homme, donne d'excellents préceptes d'hygiène que nous aurons occasion de citer en temps opportun. La manière dont il s'exprime à propos de la rareté des bains peut malheureusement s'appliquer aujourd'hui à la masse. « Personne ne disconviendra, dit cet auteur, » qu'un organe aussi important (la peau) ne soit » une des colonnes de la vie et de la santé. Aussi » conçoit-on avec peine qu'on ait pu en négliger » tout-à-fait le soin parmi les modernes, et jusque » chez des peuples fort éclairés. Bien loin même de » s'en occuper, on fait dès l'enfance tout ce qu'il » faut pour en obstruer les pores, pour la plonger » dans l'atonie, dans une sorte de paralysie. La » plupart des hommes ne prennent pendant toute » leur vie d'autre bain que celui du baptême; leur » peau est donc obstruée par la sueur et la mal- » propreté qui s'y accumulent tous les jours. Les » vêtements trop chauds, les fourrures, les lits de » plumes, l'affaiblissent et la relâchent; le mauvais » air des appartements renfermés et la vie sédentaire » la paralysent. Je crois donc pouvoir avancer sans » exagération qu'elle est à moitié obstruée et privée » d'action chez la plupart des hommes. »

Qu'il me soit permis de signaler une inconséquence qui n'est d'ailleurs pas la seule de ce genre dont on se rende coupable. Le dernier des hommes a l'intime conviction que l'entretien de la peau est nécessaire à la santé des animaux. Le palefrenier néglige tout pour étriller, bouchonner et laver son cheval; et si l'animal tombe malade, à l'instant même il soupçonne qu'on a bien pu négliger les soins de propreté; mais cette idée ne lui vient jamais à l'esprit quand il s'agit de sa propre personne ou de son enfant.

» mode de traitement de Priesnitz, je n'hé-
» site pas à répéter que, dans les pneumonies
» aiguës, il sera toujours plus prudent de
» recourir à la saignée qu'à tout autre
» moyen (1). »

§ VIII.— Extrémités supérieures et inférieures.

L'admirable organisation de la main en fait le siége du tact le plus exquis ; on sait quel étonnant degré de sensibilité ce sens acquiert chez les musiciens et chez les individus obligés de suppléer par le toucher à l'insuffisance de la vision. Les mains chez les sourds-muets peuvent être appelées avec justesse le télégraphe de l'âme, tant elles expriment avec vivacité la pensée et les sensations intimes. Des physiologistes allemands ont dit que les mains sont avec la poitrine dans la même relation (in polarischer beziehung (2)) que les extrémités inférieures avec la région abdominale. On se rappelle la signification que le père de la médecine a attachée à la forme de l'extrémité des doigts chez les phthisiques ; des auteurs aussi ont écrit que des taches dans les mains alternaient avec les succès d'asthme. Si l'on réfléchit un instant à la quantité de nerfs, de vaisseaux, de tendons, de muscles renfermés dans un aussi petit espace, et souvent inefficacement protégés par la peau qui les recouvre contre les influences extérieures, l'on ne sera pas étonné que de grandes perturbations dans l'organisme se traduisent par des relations sympathiques dans les mains. Pendant les digestions les mains rougissent ; le froid dans ces parties est le précurseur des fièvres intermittentes, et les ongles deviennent bleus ; dans les moindres émotions les mains sont agitées ; elles tremblent fortement à l'invasion du choléra, et les terribles effets du tétanos s'annoncent ordinairement par des crampes dans les mains.

La sensibilité des mains est si grande, que le froid est peut-être enduré moins longtemps dans ces parties que dans d'autres. Une boule de neige appliquée sur la main cause une douleur intolérable quand elle commence à se fondre. Chez une femme hystérique, dont les crises étaient suivies de syncopes et de congestion cérébrale, il me suffisait de lui tremper les mains dans l'eau chaude pour dissiper tous les accidents et la faire revenir à elle.

Si les nombreuses variations de température auxquelles les mains sont exposées ne causent pas plus d'accidents, il faut l'attribuer sans doute à l'activité presque continuelle de ces organes (3) ; ce qui n'empêche pas cependant que, sous l'influence de refroidissements subits, il ne se déclare dans les articulations de ces parties des rhumatismes excessivement douloureux. On connaît aussi la prédilection avec laquelle les métastases arthritiques se portent sur les articulations des mains et des pieds. Les praticiens savent combien les goutteux sont sujets aux transpirations des pieds, des mains, de la tête et du creux des aisselles, et les rapports importants que ces crises naturelles ont avec la santé de ces malades ; il serait donc aussi dangereux d'empêcher, par une médication antirationnelle, le retour de ces crises, que de vouloir les exagérer. Ces considérations nous aideront plus tard à apprécier la valeur du traitement hydrothérapique à l'égard des goutteux.

Le refroidissement des extrémités inférieures peut occasionner aussi de nombreux et graves accidents ; le tétanos, les métastases arthritiques sur les intestins, les congestions cérébrales, le délire maniaque, ont été également attribués à cette cause ; la *phlegmasia alba dolens*, si fréquente chez les femmes en couches, n'est pas, à tort, attribuée au refroidissement des genoux.

« Je prends, à six heures du matin, le bain de pieds qui doit être la dernière épreuve de ma journée, dit le docteur James. L'eau n'atteignait pas les chevilles ; comme j'avais très chaud, elle me glaca. Je me frottai alors vivement les pieds l'un contre l'autre. De son côté le baigneur les frictionna alternativement avec les mains ; on m'encouragea. Bientôt, m'assure-t-on, je vais sentir une douce chaleur remplacer cet affreux saisissement. Tout ce que je puis dire, c'est qu'après dix minutes j'en suis sorti ayant les pieds presque aussi froids qu'en y entrant. A peine étais-je hors de l'eau, que la réaction commença ; quelques tours de promenade l'achevèrent complètement, et toute la soirée j'eus les pieds brûlants. »

§ IX. — Région abdominale.

Les bains pendant l'acte de la digestion sont on ne peut pas plus nuisibles. Les ceintures mouillées que, dans les établissements hydrothérapiques, on fait porter aux malades, nécessitent de leur part beaucoup d'exercice afin d'amener la réaction. Je regarde, avec le docteur Sinogowitz, l'acte de faire plonger les individus dans un bain froid au sortir du lit comme une des épreuves les plus dangereuses du traitement. On préfère maintenant, à ce qu'il paraît, envelopper les malades dans des draps mouillés et leur faire porter des ceintures dans la journée. La plupart des diarrhées rhumatismales ne connaissent d'autres causes que le refroidissement, et cet accident arrive assez souvent aux personnes qui, après le dîner, font la sieste sur des terrains humides. Le tétanos rhumatismal est arrivé plus d'une fois dans les mêmes conditions ; on sait aussi l'influence que le froid exerce sur le phénomène de la menstruation.

Nous avons essayé de donner dans ces deux articles les *desiderata* du premier chapitre. Avant d'aborder la thérapeutique proprement

(1) Scoutetten, De l'hydrothérapie, p. 412.
(2) Sinogowitz, ouvrage déjà cité.
(3) Les mains des blanchisseuses finissent par prendre une forme particulière, et ce sont surtout chez elles les articulations qui se déforment ; ce serait aussi aux inconvénients attachés à leur état qu'il faudrait attribuer le grand nombre de phthisies qui, d'après quelques statistiques, décimeraient les personnes de cette classe.

dite, il nous reste à parler des effets de l'eau, prise à l'intérieur, et à chercher à nous rendre compte des effets comparés du bain chaud et du bain froid sur l'économie humaine.

(La suite prochainement.)

MOREL, D. M. P.

Chirurgie pratique.

IV. Mémoire et observations sur un procédé nouveau et très simple pour l'extraction de certains corps aigus engagés dans l'urèthre, comme des épingles, des aiguilles, des fils de fer, etc.

De temps en temps la pratique nous fournit quelques faits qui tendent à éclairer le traitement de certaines lésions, à modifier les moyens mis en usage ou à y renoncer. En voici plusieurs exemples remarquables. On sait combien est difficile l'extraction de certains corps étrangers, minces et pointus, engagés dans le canal excréteur de l'urine, tels que des épingles, des aiguilles, etc. Ils résistent souvent à toutes les méthodes employées pour les extraire, d'abord parce qu'on ne peut les saisir avec les instruments, ensuite parce qu'ils sont trop résistants pour qu'on puisse les briser.

Parmi les moyens proposés pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre sans employer l'instrument tranchant, les chirurgiens recommandent principalement les injections, le refoulement dans la vessie, l'anse métallique de Marini, la pince dite de Hunter, la curette articulée de M. Leroy (d'Étiolles), le broiement ou la lithotritie uréthrale; mais tous ces moyens, qui ont été imaginés ou mis en usage pour les corps mousses et dont les aspérités sont peu marquées, comme les petits graviers ou les fragments de calcul, les fragments d'instruments, les bouts de sonde, les morceaux de cire à empreinte, les allumettes, etc., ne peuvent souvent rien et deviennent inutiles pour l'extraction des corps minces et aigus, tels que les épingles, les aiguilles, etc., qu'on ne peut pas si facilement saisir et qu'il est parfois impossible d'extraire sans recourir à l'uréthrotomie, moyen extrême et dangereux. Les efforts auxquels se livre le malade pour expulser ces corps minces et pointus et les tentatives des chirurgiens pour les retirer ont pour résultat de les enfoncer dans l'épaisseur des parois uréthrales et d'augmenter ainsi les difficultés d'extraction et l'intensité de la douleur. Pour extraire de l'urèthre les corps étrangers de cette espèce on était obligé alors de recourir à la boutonnière, opération grave, quelquefois dangereuse, et dont les résultats pouvaient être fâcheux. C'est pour éviter cette opération et les manœuvres difficiles, douloureuses et souvent impuissantes des instruments que nous avons cités, que nous avons proposé et employé un procédé nouveau pour extraire de l'urèthre les corps minces et pointus.

Ce procédé, que nous avons mis en usage en 1839 et que nous avons publié en 1841 dans la Gazette médicale de Paris (1), est simple, facile, exempt de tout danger, et ne réclame le secours d'aucun instrument; il consiste à perforer l'urèthre avec le corps étranger lui-même, puis à le retirer par l'ouverture qu'il a faite, ou bien à le faire sortir par le méat urinaire en le poussant de bas en haut, s'il présentait une tête trop grosse pour pouvoir passer par la perforation faite par sa pointe. De tous les moyens imaginés pour l'extraction de ces corps étrangers, aucun n'est plus sûr, plus expéditif et moins douloureux. Les malades sont débarrassés et guéris promptement et ne sont point exposés à la formation d'une fistule urinaire, à cause de l'étroitesse de la petite plaie par où est extrait le corps étranger. Il n'est même pas nécessaire de placer une sonde dans le canal, ce qui est nécessaire après l'uréthrotomie. Ce nouveau procédé a été reconnu tellement supérieur à tous les moyens conseillés jusqu'à ce jour pour l'extraction de ces corps étrangers qu'il est déjà recommandé par la plupart des chirurgiens (2).

Les observations qui suivent sont des preuves de la supériorité et de la simplicité de ce procédé, qui a l'avantage de n'exiger aucun instrument et d'empêcher des opérations toujours très difficiles et souvent très dangereuses.

OBS. — *Épingle de coiffeur introduite dans le canal de l'urèthre jusque vers la portion membraneuse, douleurs vives en urinant, rétention d'urine, gonflement de la verge, suintement sanguinolent par le canal; trois jours après son introduction, extraction prompte et facile de cette épingle par la perforation de l'urèthre sans le secours d'aucun instrument.* — Dans le courant d'octobre 1846, un apprenti philosophe de 16 à 17 ans, revenant à Paris pour y continuer ses études, eut la funeste pensée de vouloir goûter de la liberté sans permission. Ayant décidé, dans sa sagesse, qu'il n'annoncerait pas son arrivée à son correspondant et qu'il ne rentrerait pas à sa pension, notre collégien voulut vivre à sa guise pendant quelques jours, pour placer à son gré les épargnes qu'il avait faites pendant les vacances. Dans l'intention d'être plus libre et de mieux prendre ses ébats, il descendit dans un hôtel où sa famille descendait habituellement. Bien mal lui en prit, car son premier essai de liberté faillit lui coûter cher. Suivant son récit, il débuta par aller au spectacle, et là son imagination de 17 ans trouva la cause de sa malheureuse catastrophe. En rentrant se coucher, il trouva, dit-il, sur sa table de nuit une longue épingle à cheveux, que le hasard, ce faiseur de coups si singuliers, avait laissée là tout exprès pour son malheur. Sans savoir ni pourquoi ni comment, et *peut-être aussi quelque diable le poussant,* il s'ingéra d'introduire cette épingle, la tête la première,

(1) Gazette médicale, année 1841, p. 283.
(2) Dict. de méd., t. XXX, p. 83, 2e édit.

dans son urèthre; mais bientôt, ô cruelle déception! cet instrument de plaisir devint un instrument de torture; cette épingle enfoncée de toute sa longueur dans le canal lui échappa et disparut. Il essaya bien des fois de retirer cette pernicieuse épingle. Pendant trois jours d'essais, de tentatives inuiles et de souffrances cruelles, il eut le temps de maudire la résolution qu'il avait prise de rester libre pendant plusieurs jours. Honteux comme un renard qu'une poule aurait pris, il n'osait avouer à personne sa fâcheuse position, et il est probable qu'il n'en eût rien dit si des accidents plus graves n'étaient survenus : une rétention d'urine par exemple. Un moyen qu'il employa avec persévérance et sur lequel il comptait beaucoup pour se débarrasser de son épingle était le suivant : il se mit à boire en grande quantité et à garder ses urines le plus longtemps possible, et attendait pour uriner qu'il en eût fortement envie; alors il poussait de toutes ses forces, espérant, en agissant ainsi, expulser l'épingle en même temps que l'urine. Ce moyen n'eut aucun résultat, bien au contraire, car, à chaque émission des urines, il éprouvait une douleur plus vive dans le canal, probablement dans le point où était fixée la pointe de l'épingle. Malgré les violentes douleurs qu'il éprouvait, il continua ainsi jusqu'au moment où il ne put plus uriner; il fit plusieurs pressions sur la verge, espérant toujours déplacer l'épingle et la faire sortir. Ces manœuvres ne firent qu'irriter l'urèthre et donnèrent lieu à un suintement sanguin. Ne sachant plus que faire et craignant de mourir, il se décida enfin à venir chercher du secours. C'est alors qu'il vint chez moi, honteux et confus de son action, qu'il ne voulut pas avouer d'abord. Au moral comme au physique, il était dans un état déplorable : la verge était rouge, gonflée, comme infiltrée, très douloureuse; un suintement sanguinolent avait lieu par le méat urinaire; il n'avait pu uriner depuis sept ou huit heures; il n'osait plus le faire, tant les douleurs qu'il éprouvait étaient vives lorsqu'il essayait de satisfaire ce besoin. Son linge était maculé de sang, d'urine, etc. Le toucher des parties génitales lui arrachait des cris. A toutes les questions que je lui faisais pour connaître la cause de ces accidents, il répondait d'une manière peu satisfaisante; il ne savait à quoi les attribuer; il m'assurait en outre n'avoir jamais vu de femme, n'avoir été touché par personne et ne s'être livré à aucune manœuvre honteuse. Suivant son dire, son mal lui était venu pendant la nuit, et c'est en urinant qu'il en avait souffert pour la première fois; il disait sentir dans la verge comme quelque chose qui le piquait. Tout en me gardant bien d'ajouter foi à cette histoire, je ne savais cependant à quoi attribuer la cause de tout ce que je voyais.

Voulant enfin m'éclairer sur la cause et la nature des accidents que j'observais chez ce jeune homme, et pour ainsi dire malgré lui, puisqu'il avait pris la ferme résolution de ne rien avouer, je commençai par découvrir le gland, que je pressai légèrement pour savoir s'il n'y avait pas d'écoulement blennorrhagique et si cette rétention d'urine ne dépendait pas d'une vive inflammation de la muqueuse urèthrale. Dans cette manœuvre, pendant laquelle le malade souffrit horriblement, je sentis en arrière du gland une certaine résistance qui me parut siéger dans l'intérieur de l'urèthre; en explorant extérieurement ce canal, je m'assurai qu'il contenait en effet quelque chose de dur et de résistant. Pendant cet examen, quelques gouttes de sang mêlé de sérosité suintèrent par le méat urinaire. De nouvelles questions que j'adressai encore à mon obstiné malade ne m'apprirent rien sur la cause de cette rétention d'urine. Je me décidai alors à le sonder avec un cathéter en argent dans le double but de vider la vessie et de reconnaître, si faire se pouvait, de quelle nature était le corps que je sentais à travers les parois du canal excréteur de l'urine. La vue de ma sonde lui délia la langue comme par enchantement il me demanda en tremblant de tous ses membres; si j'allais *lui fendre la verge;* sur ma réponse affirmative qu'il faudrait probablement en venir là s'il persistait à ne pas me dire la cause de son mal, il se décida à confesser l'aberration des sens qui l'avait poussé à introduire une épingle dans son urèthre et me donna tous les détails que je viens de rapporter.

Après avoir pris tous les renseignements nécessaires sur la longueur de cette épingle, sur sa forme, la grosseur de la tête, je cherchai à reconnaître par le toucher la position qu'elle avait dans le canal de l'urèthre. Malgré les précautions les plus grandes, il me fut tout-à-fait impossible de sentir la tête à travers les parties molles du périnée, même en introduisant mon doigt dans le rectum; mais, en tenant compte de la longueur de l'épingle qui était d'environ 7 à 8 centimètres au dire du patient, et dont la pointe paraissait fixée à un centimètre au-dessous de la fosse naviculaire, à en juger par la douleur éprouvée dans ce point principalement lorsqu'on touchait la verge, je soupçonnai approximativement le point où pouvait se trouver la tête de cette épingle. Éclairé par ces remarques et sûr à peu près de la position et du siége précis de la tête et de la pointe de cette épingle, je ne cherchai point à l'extraire à l'aide des moyens proposés par les chirurgiens pour l'extraction de ces corps étrangers. Outre leur inutilité, je voyais l'inconvénient grave d'introduire dans l'urèthre, dont la muqueuse était enflammée, gonflée, un instrument quelconque. De pareilles tentatives n'auraient eu pour résultat que d'irriter encore la muqueuse, de la déchirer, d'augmenter encore les accidents sans enlever la cause du mal. Je doute d'ailleurs que notre malade eût pu supporter de pareilles tentatives, tant les douleurs qu'il endurait étaient vives. Il est probable que les violents efforts de ce malade pour expulser cette épingle en urinant n'avaient servi au contraire qu'à enfoncer sa pointe dans la muqueuse uréthrale, et que c'était à

cette piqûre qu'il fallait attribuer la vive douleur qu'il éprouvait.

Dans l'intention donc de lui éviter de nouvelles souffrances et de le délivrer plus promptement et plus sûrement, j'eus recours au procédé que j'ai imaginé et mis en pratique en 1839 pour un cas à peu près semblable. Il consiste à perforer le canal de l'urèthre de dedans en dehors avec le corps étranger lui-même. Seulement ici un point m'embarrassait : c'était de ne pas sentir la tête de cette épingle à travers le périnée ; je craignais de ne pouvoir la fixer convenablement et de la laisser glisser dans la vessie lorsque je voudrais agir sur la pointe. Dans le but de me mettre en garde contre cet accident et dans l'espoir d'établir un point d'appui pour la tête, j'introduisis dans le rectum mon doigt indicateur gauche, armé d'un dé à coudre, et pressai fortement sur l'urèthre dans le point où devait se trouver la tête de l'épingle suivant mes prévisions, puis, saisissant la verge de la main droite entre le pouce et l'indicateur, je la pliai brusquement en deux dans le point correspondant à la pointe de l'épingle et de manière à faire traverser le canal à cette pointe, ce qui eut lieu aussitôt. Alors j'attirai l'épingle au dehors et la poussai de bas en haut vers le méat urinaire, où il me fut facile de la saisir avec les doigts pour l'extraire. La manœuvre de ce procédé est si prompte qu'elle est plus tôt exécutée que décrite. Le malade se rendit au bain où il urina abondamment et presque sans douleur. Il continua des bains et des cataplasmes sur le bas-ventre pendant trois jours. Au bout de ce temps, il était radicalement guéri, et il ne restait pas la moindre trace de son accident. La piqûre faite au canal de l'urèthre par l'épingle était parfaitement cicatrisée. Notre philosophe avait perdu à ce jeu son goût si prononcé pour la liberté ; il rentra vite chez son correspondant, promettant, mais un peu tard, qu'on ne l'y reprendrait plus.

Les conclusions à tirer de cette observation sont faciles ; aussi ne m'y arrêterai-je pas. J'en profiterai seulement pour rappeler que ce procédé n'appartient pas à M. Dieffenbach, comme l'ont dit plusieurs journaux et comme tendrait à le faire croire un article du Dictionnaire de médecine à l'article des corps étrangers introduits dans l'urèthre (1). Une observation que je vais rapporter plus loin et qui a été publiée en 1841 dans la Gazette médicale de Paris (2) prouvera que c'est en 1839 que j'ai employé ce nouveau procédé ; à l'appui de cette date je pourrais invoquer le témoignage de MM. Ricord et Debrou, professeur à l'École de médecine d'Orléans (3). Voici ce qu'on lit dans le Journal de chirurgie de M. Malgaigne (t. I, année 1843, p. 151) : « Il y a quelques mois qu'un malade se présenta dans l'un des hôpitaux de Paris pour se faire extraire une épingle fort imprudemment engagée dans l'urèthre. Après diverses tentatives infructueuses pour aller saisir l'épingle dans le canal même, le chirurgien eut recours à la boutonnière ; l'épingle fut enlevée et le sujet guéri. On ne saurait nier les graves difficultés que présentent les cas de ce genre ; et la boutonnière est en effet la dernière ressource de l'art. La question était de savoir s'il n'y aurait pas quelque moyen de l'éviter et d'arriver à l'extraction avec moins de fatigue pour le chirurgien et moins de douleur pour le malade ; *l'observation suivante de M. Dieffenbach nous montre ce moyen nouveau déjà mis en pratique avec succès ; elle offrira donc un véritable intérêt aux praticiens....* »

Voici l'observation de M. Dieffenbach, que je crois devoir rapporter ici comme une preuve de plus en faveur du procédé que j'ai imaginé, et comme preuve aussi que M. Dieffenbach n'a eu d'autre mérite dans cette circonstance, quoi qu'on en dise, que de mettre en pratique un procédé déjà connu, procédé qu'il ne pouvait ignorer, d'abord parce qu'il a été publié avec de longs détails dans la Gazette médicale de Paris, ensuite parce que la plupart des journaux allemands et italiens en ont rendu compte (1). Je suis étonné que M. Malgaigne, si bien au courant de la science et des idées nouvelles, ait attribué à M. Dieffenbach l'invention de ce procédé. Depuis, plusieurs chirurgiens, s'appuyant sur l'opinion de M. Malgaigne (2), ont aussi attribué au chirurgien de Berlin ce qui ne lui appartenait pas, le félicitant d'avoir imaginé un procédé aussi simple et aussi ingénieux. En résumé, il est facile de rendre à chacun ce qui lui appartient, les dates sont là : elles valent mieux que les assertions. Mon observation a été publiée en 1841 ; celle de M. Dieffenbach lui est postérieure d'une année : elle n'a été publiée qu'en 1842. Le mode opératoire est le même que celui que j'ai décrit. Je vais rapporter cette observation, qui confirme en tous points les avantages que j'ai obtenus et annoncé devoir se rattacher à ce procédé.

---

(1) Dict. de médec., t. XXX, p. 83, 2e édit.

(2) Gazette médicale de Paris, année 1841, p, 283.

(3) M. Debrou habitait la même maison que le malade. Il me prêta sa trousse pour y prendre les instruments dont j'avais besoin. Il connaît le malade et le fait en question. — En 1840, M. Ricord fut appelé en consultation pour ce même malade, qui avait au périnée un abcès qui fut suivi de fistule uréthrale. En faisant connaître à M. Ricord les antécédents de ce malade, je lui dis le mode d'extraction que j'avais employé pour extraire une épingle engagée dans le canal.

(1) A cette occasion, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que souvent MM. les étrangers, et en particulier M. Dieffenbach, publient dans leurs journaux ou leur clinique comme des inventions venant d'eux ce qu'ils *imaginent* dans nos journaux de médecine. J'ai déjà fait plusieurs fois cette remarque. Il y aurait beaucoup à dire sur les espèces nombreuses et variées de voleurs en médecine. Les uns volent pour leur propre compte, les autres pour celui d'autrui, et les voleurs les plus grands et les plus adroits laissent voler ou font voler pour eux.

(2) Journal de chirurgie, année 1846, page 214. Reynaud de Montauban. Abeille médicale, n° 10.

Obs. — *Extraction d'une aiguille engagée dans le canal de l'urèthre* ; par M. Dieffenbach (1). — Un garçon de 14 ans s'était introduit dans le canal de l'urèthre une grosse aiguille à coudre, avec l'œillet dirigé du côté de la vessie. Ce corps étranger, qui avait échappé aux doigts du jeune homme, avait pénétré jusque dans la portion membraneuse et causé de vives souffrances dans la région du périnée ; l'émission des urines était très douloureuse. M. Dieffenbach examina les parties avec le plus grand soin ; mais il ne put rien découvrir à travers les téguments qui lui fit soupçonner le siége de l'aiguille. Pourtant, comme dans ces investigations il s'aperçut que la douleur siégeait toujours au même point et semblait augmenter sous certaines pressions, il conjectura que l'aiguille devait être solidement fixée par sa pointe. Dans cet état de choses, il était fort difficile avec des instruments d'aller saisir cette aiguille ainsi fichée par la pointe, et, d'un autre côté, en la saisissant dans une direction oblique, on devait craindre qu'il fût impossible de l'extraire sans que l'instrument glissât, ou sans que la pointe de l'aiguille vînt labourer les tissus. Le chirurgien *imagina* sur-le-champ un autre moyen d'extraction. Il plaça le malade comme pour l'opération de la taille, et, le scrotum soulevé par un aide, l'opérateur appliqua fortement le pouce de la main gauche sur le périnée dans une direction transversale, de façon à déterminer une sorte de soulèvement de la peau du côté de l'anus ; en même temps l'indicateur droit bien huilé fut introduit dans le rectum et ne tarda pas à sentir dans le col de la vessie la tête de l'aiguille qui y faisait saillie. Alors, pressant aussi fortement que possible sur cette tête tandis que le doigt appliqué sur le périnée comprimait en sens inverse, il parvint à faire sortir au périnée, de deux millimètres environ, la pointe de l'aiguille, qui fut ensuite saisie et extraite avec une pince. Cette aiguille avait, suivant la traduction du Journal de chirurgie, 2 centimètres 1/4 de long, et, suivant celle de la Gazette médicale, 6 centimètres, et était déjà rouillée. La guérison fut instantanée.

Dans ce cas, M. Dieffenbach aurait pu avec avantage armer d'un dé le doigt introduit dans le rectum, afin de mieux pousser l'aiguille au dehors ou la soutenir. Cette observation, comme on va le voir, a de nombreux points de ressemblance avec celle que nous avons publiée dans la Gazette médicale et que nous allons rapporter pour mieux les comparer. Pour expliquer comment l'idée de ce procédé était venue à M. Dieffenbach, il est vrai de dire qu'il rappelle que souvent il lui était arrivé d'extraire des aiguilles engagées sous la peau sans aucune opération, mais tout simplement en pressant sur la tête au moyen d'un pli fait à la peau, de façon à faire saillir la pointe. Ce procédé pour extraire des aiguilles enfoncées sous la peau n'est pas nouveau et avait été employé par d'autres que M. Dieffenbach ; mais faire traverser l'urèthre ou la peau à un corps étranger n'était pas la même chose. Dans le premier cas on n'avait rien à craindre pour la suite ; dans le second on redoutait au contraire plusieurs accidents, comme l'infiltration veineuse, une inflammation de l'urèthre, une fistule uréthrale, un rétrécissement, etc., et c'est la crainte de ces accidents probablement qui avait détourné les chirurgiens de la perforation de l'urèthre et les avait engagés jusqu'à présent à recourir aux instruments que nous connaissons, ou à l'opération de la boutonnière, lorsque tous les autres moyens avaient échoué. Il sera facile de se convaincre par l'observation suivante que M. Dieffenbach a suivi pas à pas mon mode opératoire et qu'il a accompagné son observation de réflexions en tout pareilles aux miennes.

(1) Journal de chirurgie de M. Malgaigne, année 1843, p. 151 ; Gazette médicale de Paris, année 1842, p. 109, n° 7. (Extr. de Wochenschrift für die gesammte heilkunde, publié par Casper.)

Extraction d'une épingle en or, profondément introduite dans le canal de l'urèthre, par un nouveau procédé (1). — Dans le mois de juin de l'année 1839, je fus appelé pour visiter un jeune homme qui s'était introduit dans le canal de l'urèthre une longue épingle en or comme moyen d'excitation. Cette épingle avait environ 6 centimètres de longueur et offrait une tête de la grosseur d'une graine de chènevis. Voici ce qui s'était passé et l'état dans lequel étaient les choses lorsque je vis le patient : — Doué d'une constitution forte et vigoureuse, il est âgé de 23 ans ; ses organes génitaux sont remarquables par leur développement hors le temps des érections ; la verge est longue et grosse ; le canal de l'urèthre a de 22 à 23 centimètres de longueur. A la suite d'un déjeuner d'amis où l'eau avait manqué, excité d'ailleurs par la chaleur du jour, il rentra chez lui, éprouvant des jouissances plus évidentes de la vie ; couché sur son lit, il se livra à une pratique honteuse qu'il avait, dit-il, apprise en mauvais lieu : il s'introduisit dans le canal de l'urèthre une épingle, la tête la première, et fit si bel et si bien que l'instrument de ses manœuvres contre nature lui échappa dans un de ses mouvements ; il s'enfonça de telle sorte et si promptement qu'il ne put le ressaisir. La honte l'ayant empêché de déclarer plus tôt son accident, il essaya d'abord d'être lui-même son chirurgien pendant plusieurs heures qu'il employa à faire des tentatives pour retirer l'épingle. Malgré tout son désir et tous ses efforts, il ne put y parvenir. L'épingle, au lieu de sortir, entrait de plus en plus et était déjà parvenue dans la portion membraneuse du canal lorsque j'arrivai auprès du malade. Je sentis très facilement la tête de l'épingle dans la région périnéale au-dessous des bourses ; j'appliquai le pouce gauche sur cette tête pour l'empêcher d'avancer dans la vessie, et j'essayai de la pousser hors du canal en pressant dans une direction inverse à celle qu'elle avait suivie ; je tirais en même temps sur la

(1) Gazette médicale de Paris, année 1841, n° 18, page 283.

verge pour que la pointe ne s'engageât pas dans les replis de la muqueuse uréthrale, ce qui eut lieu malgré toutes les précautions prises pour l'éviter; ces manœuvres, au contraire, loin de favoriser la sortie de ce corps étranger, me parurent le faire avancer vers la vessie, surtout quand je cherchais à dégager sa pointe des parois du canal, où il pénétrait facilement. Il en résultait un autre inconvénient pour le malade, c'était une vive douleur produite par la piqûre de la muqueuse. Pour tout instrument je n'avais à ma disposition qu'une trousse ordinaire; d'ailleurs l'épingle était entrée trop profondément, et sa pointe était trop éloignée de l'ouverture du canal pour qu'on pût la saisir soit avec des pinces à disséquer, soit avec des pinces à pansements. Une autre difficulté encore me paraissait exister, c'était la possibilité de pouvoir saisir la pointe fine et mince de cette épingle avec de pareils instruments et dans un canal aussi étroit. J'essayai cependant de dégager la pointe de cette épingle à l'aide d'un stylet cannelé que j'avais introduit; j'avais pour but, si j'étais parvenu à la dégager, de la recevoir dans la cannelure du stylet, qui m'eût alors servi de conducteur pour retirer ce corps étranger en le poussant de bas en haut. Tous ces moyens ayant échoué, et dans la crainte où j'étais que cette épingle ne tombât dans la vessie, où son extraction serait devenue plus difficile et surtout plus dangereuse, je jugeai que la perforation du canal était le seul parti qu'il fallait prendre.

J'espérais, en agissant ainsi, tourner l'épingle bout pour bout dans le canal de façon à faire sortir la tête la première; c'est en effet ce qui eut lieu et par une manœuvre très prompte. Avec le pouce de la main gauche je fixai fortement la tête de l'épingle dans le lieu qu'elle occupait, puis, pliant la verge en deux dans le point qui répondait à la pointe de l'aiguille, je fis sortir celle-ci à travers les parois de l'urèthre et l'attirai au dehors à l'exception de la tête, qui, étant trop grosse pour passer par la piqûre pratiquée par l'épingle, resta dans le canal, mais dans l'endroit occupé par la pointe un instant auparavant. J'avais donc retiré ce corps étranger d'une fois sa longueur du canal de l'urèthre. Cela étant fait, par un mouvement de bascule de haut en bas j'abaissai la pointe de l'épingle vers la racine de la verge pour ensuite la faire rentrer dans le canal en poussant de bas en haut et de telle sorte que la tête pût sortir la première par le méat urinaire; dès lors il me devint facile d'achever l'extraction du corps étranger, qui n'était plus qu'à quelques millimètres de l'ouverture uréthrale, en le saisissant avec une pince à disséquer. En un mot, perforer le canal de l'urèthre de dedans en dehors, faire basculer l'épingle, la faire sortir et l'extraire, telles furent les manœuvres de cette opération. Les suites de cette perforation ont été des plus simples: à peine si le malade a éprouvé un peu de cuisson en urinant. Trois jours après il ne lui restait plus que le souvenir de sa honteuse imprudence. Pour rendre plus évidente l'innocuité d'une pareille piqûre dans le canal de l'urèthre je crois devoir ajouter que notre individu a eu de nouveau besoin de mes soins pour avoir frayé en mauvais lieu; qu'il a eu une blennorhagie inflammatoire des plus intenses qui a amené une fistule uréthrale, laquelle fistule avait pour cause une injection irritante conseillée par un prétendu médecin qui disait guérir ainsi tous les écoulements en peu de jours. Il en est résulté un abcès, puis une fistule qui s'est ouverte loin du lieu où l'épingle avait perforé le canal, et aujourd'hui l'urèthre est parfaitement sain et exempt de tout rétrécissement.

Les conclusions à tirer de cette observation sont: 1° qu'en pareille circonstance on ne devra pas craindre de perforer le canal de l'urèthre avec une épingle ou une aiguille ou tout autre corps effilé et pointu;

2° Que ce moyen est simple, facile, exempt de tout danger et moins douloureux que tout ce qu'on pourrait tenter pour extraire une épingle profondément entrée dans l'urèthre;

3° Enfin que cette opération n'a aucune conséquence fâcheuse pour l'avenir.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur les avantages de ce procédé, et je laisse mes lecteurs juger à qui appartient la priorité.

BOINET, D. M. P.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Lettre sur les résultats d'une mission ophthalmologique confiée par le gouvernement belge au docteur Van-Roosbrock, professeur à l'Université de Gand.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser copie d'une note que je viens de recevoir et qui contient des faits que je crois propres à intéresser vos lecteurs. Dans un voyage que je fis l'an dernier en Belgique pour visiter les institutions de sourds-muets et d'aveugles, je fus très étonné de voir, à l'école des filles aveugles de Bruxelles, deux jeunes personnes portant le costume de la maison et occupées à coudre. — Je demandai l'explication de ce fait à madame la supérieure, qui me répondit que ces jeunes filles, qui étaient entrées aveugles dans l'institut, avaient recouvré la vue après avoir été opérées par le docteur Van-Roosbrock. Une autre aveugle affectée de pannus était en traitement, et, grâce à de fortes cautérisations pratiquées sur la face interne des paupières supérieures, la vue s'était assez éclaircie pour permettre à la malade de se conduire partout sans le secours des mains. — Je ne doute pas que l'état de cette jeune fille ne se soit encore amélioré.

Quelques jours après, je vis à Gand M. Van-Roosbrock, et je recueillis de sa bouche les renseignements qui suivent et qu'il vient de me transmettre:

« La mission que je remplis pour le gouver-

nement, m'écrit-il, ne consiste pas seulement à opérer les individus placés dans des instituts, mais bien à donner des soins à tous les aveugles indigents du pays. Je me rends successivement dans le chef-lieu des différents cantons d'une province, après avoir prévenu les bourgmestres de toutes les communes du canton du but de mon voyage, et du jour et de l'heure de mon arrivée. J'examine tous les aveugles qui se rendent à mon appel, je prépare ceux que je considère comme susceptibles de guérison ou d'amélioration, et je les opère sur les lieux mêmes. Après l'opération je suis obligé d'abandonner ces opérés aux soins des médecins de l'endroit, auxquels je donne les instructions nécessaires. Ce mode d'agir est très défavorable pour le succès des opérations, car tous les médecins ne sont pas aptes et n'ont pas toujours le temps pour soigner convenablement les opérés. Malgré cette fâcheuse circonstance que je ne puis pas éviter, et quoique la plupart des malades aient été opérés dans leur propre habitation, où il leur manquait souvent le nécessaire et où il était impossible de les garantir contre une foule d'influences funestes, je pense cependant que les résultats que j'ai obtenus sont de nature à nous satisfaire. En effet, pendant les années 1845 et 1846, j'ai soigné 170 aveugles indigents.

» Sur ce nombre il y avait sept cas de cataractes et cinq de pupille artificielle qui, à cause de différentes complications, n'offraient à mes yeux aucun espoir de succès. Malgré cela ils ont été opérés, en partie pour notre propre instruction et celle des confrères qui étaient présents, et en partie par la considération que les malades n'avaient rien à perdre.

» 158 ont donc été entrepris avec toutes les chances de succès, sauf celles qui dépendent des soins consécutifs à l'opération.

» 107 individus étaient atteints de cataractes.

» 38 étaient susceptibles d'être opérés de la pupille artificielle, et 13 étaient atteints de pannus sur les cornées.

» Des cent sept qui ont été opérés de la cataracte, dix sont restés sans résultat. Chez deux, l'œil opéré s'est perdu par suite d'ophthalmitis ou phlegmon de l'œil. Chez quatre, il s'est développé une inflammation de l'iris qui a laissé après elle des fausses membranes dans la pupille. Chez trois, cet accident est survenu pendant les quatre premiers jours après l'opération. Chez un, la vue est restée bonne pendant près de trois mois; ce n'est qu'à cette époque que l'iritis est survenue. Chez trois, il reste des cataractes secondaires assez prononcées pour mettre obstacle à la vision, et qui devront être opérées de nouveau. Chez un qui n'a été opéré que d'un œil, la vue s'était très bien rétablie, mais quinze jours après l'opération la vue a commencé à se troubler, la pupille s'est dilatée outre mesure, et après quelques semaines la vision s'est perdue complètement par amaurose.

» Chez quatre autres où l'opération avait été pratiquée aux deux yeux, un œil a été perdu, mais la vue de l'autre œil s'est très bien conservée, de manière que sur les cent sept il y en a quatre-vingt dix-sept qui ont recouvré la vue.

» Des trente-huit pupilles artificielles qui ont été pratiquées, deux seulement ont offert des accidents, et encore ne sont-ce que des accidents auxquels il y a remède; il n'y a pas eu une seule fois destruction de l'organe. Dans les deux cas que je viens de mentionner, la cornée, qui était légèrement malade au moment de l'opération, s'est troublée davantage; un pannus s'est développé au devant de la pupille.

» Chez un troisième, pendant l'opération de la pupille artificielle, il a été reconnu qu'il existait une cataracte au même œil. Cette cataracte a été opérée dans le moment même, mais elle ne s'est pas résorbée complètement, de manière que l'ouverture pratiquée dans l'iris est oblitérée par une partie opaque de la capsule du cristallin.

» Les treize cas de pannus qui ont été traités dans des hôpitaux sont tous rétablis ou considérablement améliorés.

» Ainsi donc, sur les cent cinquante-huit aveugles dont j'ai entrepris le traitement avec espoir de succès, cent quarante-cinq ont recouvré la vue.

» En consultant mes souvenirs et quelques notes, je me rappelle avec certitude neuf aveugles de naissance que j'ai opérés depuis une dizaine d'années. (Je ne parle pas de ceux qui, par suite d'ophthalmie des nouveau-nés, sont devenus aveugles quelque temps après la naissance.) Chez tous les neuf, la cécité était le résultat de cataractes molles ou liquides. Chez six, l'opération a eu tout le succès désirable. Chez deux, quoique la cataracte ait complètement disparu, la vision ne s'est pas beaucoup améliorée, elle s'est bornée à faire apercevoir les grands objets, sans qu'on puisse les distinguer ou les reconnaître. Chez un seul, les yeux, qui au moment de l'opération étaient petits et mous, se sont presque entièrement atrophiés dans la suite. C'est le seul accident qui se soit présenté chez ces neuf aveugles de naissance.

» Voilà, mon chère confrère, en gros, le résultat de deux ans d'opérations pratiquées sur des indigents, la plupart dans leur habitation froide et humide à la campagne. Si vous désirez plus de détails, veuillez me les demander, je tâcherai de vous satisfaire. »

Je me bornerai, monsieur le rédacteur, à livrer à l'appréciation de vos lecteurs, sans réflexions et sans commentaires, le rapport du docteur Van-Roosbrock. Les faits parlent assez d'eux-mêmes pour que je puisse me dispenser de faire l'éloge d'une pratique suivie d'aussi heureux résultats.

Dans la mission qu'il a confiée au professeur Van-Roosbrock, le gouvernement belge a fait acte de bon vouloir et de prévoyance charitable. — Combien de malheureux qui, dans nos départements, restent aveugles faute

de secours suffisamment éclairés, et qui pourraient être guéris et cesseraient d'être à charge à la société si notre gouvernement imitait le gouvernement belge!

M. Van-Roosbrock, dans sa lettre, parle d'aveugles de naissance déjà grands et qu'il a opérés avec succès. — Depuis Cheselden, un grand nombre de chirurgiens ont eu occasion de faire des opérations dans les mêmes circonstances, et, pour ma part, j'en ai pratiqué deux. — La première fut faite en 1840 chez un sujet de treize ans et demi, cataracté de naissance et qui maintenant exerce la profession de cordier. — La seconde a eu lieu chez un sujet de quatorze ans qui se trouvait dans les mêmes conditions que le premier, c'est-à-dire aveugle-né. — Les expériences qui eurent lieu chez ces deux sujets, pour l'éducation de la vue, pourront me fournir l'occasion de quelque article qui, même après les mémoires sur les aveugles de Cheselden et de Forlenze, pourra ne pas paraître dépourvu de tout intérêt. Peut-être M. Van-Roosbrock pourra-t-il, de son côté, me fournir encore quelque note que je m'empresserai de vous transmettre.

Agréez, etc.

Dr HUBERT-VALLEROUX.

Paris, le 15 mars 1847.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. **Clinique médico-chirurgicale du professeur** LALLEMAND; publiée par HERMANN KAULA, son élève particulier. — 1845 (1).

II. **De la spermatorrhée**; par HERMANN KAULA, docteur en médecine, élève particulier du professeur LALLEMAND. — 1846 (2).

Ces deux ouvrages, écrits par le même auteur, sous les inspirations du même maître, offrent un très grand rapport l'un avec l'autre; car tous deux traitent d'affections de l'appareil génito-urinaire. C'est ce qui fait que nous les avons rapprochés l'un de l'autre. Seulement le premier, publié avec l'agrément de l'ancien professeur de clinique chirurgicale de Montpellier, a un caractère semi-officiel que n'a pas le second dont la responsabilité revient de droit à M. Kaula.

I. Le premier volume de la *Clinique médico-chirurgicale* ne s'occupe que des trois sujets qui suivent : affections vénériennes; rétrécissements de l'urèthre; affections de la prostate.

Affections vénériennes. — L'auteur s'est plutôt occupé à jeter quelque lumière sur les points les plus difficiles du diagnostic et du traitement de ces affections qu'à en donner une histoire complète, ce qui eût de beaucoup dépassé les limites qu'il avait à s'imposer, et c'est surtout par des observations qu'il a cherché à résoudre les points les plus litigieux. M. Lallemand admet trois espèces d'écoulements uréthraux : 1° les *blennorrhées* non contagieuses, résultant d'une irritation ou d'une inflammation accidentelle des follicules muqueux du canal et surtout de la prostate; 2° les *blennorrhagies* contagieuses, dues à un virus particulier, dont les effets sont purement locaux; 3° les *blennorrhagies syphilitiques*, plus rares que les autres, suivies d'accidents consécutifs de nature vénérienne, ou succédant à d'autres symptômes primitifs. Le diagnostic de ces dernières n'est pas toujours aisé, à moins de symptômes vénériens coexistants. Mais l'absence de symptômes extérieurs ne suffit pas pour faire rejeter l'idée d'une origine vénérienne. Ainsi il suffit qu'un écoulement se montre rebelle à tous les moyens, même à la cautérisation, pour que l'on doive recourir à un traitement antivénérien, quand bien même il paraîtrait n'exister aucune indication spéciale sur laquelle on pût se fonder. Dans les cas, enfin, où la blennorrhagie remplace des symptômes de syphilis constitutionnelle, il faut s'occuper avant tout de l'infection générale et négliger l'écoulement, à moins que la trop grande intensité de l'inflammation ne réclame d'abord l'emploi des antiphlogistiques.

L'observation 3 offre un cas remarquable de fissure à l'anus opérée trois fois sans amélioration et guérie ensuite rapidement par les mercuriaux *intùs et extrà*. C'est un souvenir à garder pour la pratique. Les observations consignées dans cet ouvrage offrent toutes d'ailleurs de l'intérêt; mais nous ne pouvons insister sur toutes ni même en citer les titres. Elles ont particulièrement trait à des affections syphilitiques constitutionnelles, telles qu'ulcères d'apparence cancéreuse, éruptions tuberculeuses, etc., développées en quelque sorte d'*emblée*. L'infection s'en était opérée à l'insu des malades, dont l'un pourtant était un médecin d'un grand mérite. D'où l'auteur conclut qu'il ne faut attacher souvent qu'une importance médiocre aux antécédents, même quand les malades sont de bonne foi, lorsque les symptômes sont bien caractéristiques et ont résisté à divers traitements.

L'observation 14 prêterait seule matière à une foule de considérations utiles. On y voit une syphilis congéniale mortelle chez trois enfants, guérie chez un quatrième par les antivénériens, après avoir été transmise à deux nourrices. Le virus vénérien, incomplètement détruit chez le père par un traitement superficiel, était resté latent pendant plusieurs

(1) Tome premier. — Première partie. — 1 vol. in-8° de 342 pages.

(2) 1 vol. très grand in-8° de 240 pages.

A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

années; il s'était ensuite réveillé, pour ainsi dire, après quelques mois de mariage et s'était montré sur les organes les plus excités. Communiquée alors à son épouse, combattue de nouveau par un traitement incomplet, passant ensuite aux enfants, puis à leurs nourrices, la maladie est altérée sans doute par plusieurs traitements mercuriels énergiques; mais elle ne cède définitivement qu'aux préparations d'or. Ainsi, dit l'auteur, le virus vénérien ne peut plus être détruit par de nouveaux traitements mercuriels, auxquels il semble s'accoutumer de plus en plus; mais il est profondément modifié, puisqu'il perd ses propriétés contagieuses chez les nourrices, dont les enfants meurent cependant de syphilis congéniale. Il est bien remarquable, en effet, que les maris de ces deux nourrices n'aient jamais rien éprouvé, quoique l'une d'elles ait eu, pendant deux ans, de nombreuses pustules à l'entrée du vagin.

Dans l'observation 30, une phthisie laryngée suivie d'angine œdémateuse, qui fut sur le point d'être mortelle, fut guérie complètement par les moxas, le muriate d'or et les sudorifiques. M. Lallemand eut recours au muriate d'or, parce que le malade avait pris, dans le cours d'une vie très agitée, le mercure sous toutes les formes.

Les observations 35 et 36 offrent des exemples, l'une de cystite, l'autre de catarrhe chronique de la vessie, l'une et l'autre de nature évidemment syphilitique, ainsi que le prouvent les antécédents de ces deux malades, l'inutilité des premiers traitements, et le succès prompt, complet, obtenu par les pilules de Sédillot et les sudorifiques. Ce sont, du reste, des cas rares, mais dont il est bon de se rappeler la possibilité.

Les observations 39, 40, 41 et 42 sont autant de cas de surdité syphilitique guéris par les mercuriaux. La dernière a trait à un médecin distingué de la Provence qui joignit aux antivénériens la *méthode arabique*, fort employée dans le Midi et dont nous avons parlé ailleurs (1).

Les observations 45 et 46 sont des cas très curieux de tumeurs orbitaires d'apparence cancéreuse, guéries par les antivénériens. Dans la 47e, c'est une amaurose syphilitique dans laquelle la perte de la vue, guérie par les mêmes moyens, ne peut guère s'expliquer que par le gonflement du périoste qui tapisse le nerf optique. La 48e est un cas non moins intéressant de cataracte existant avec divers symptômes de syphilis constitutionnelle. L'abolition de la vision était complète. On crut devoir d'abord débarrasser le malade de sa syphilis constitutionnelle pour ne pas compromettre le succès de l'opération. Un traitement antivénérien ordinaire de trois mois le débarrassa à la fois de la syphilis et de la cataracte.

Le virus syphilitique peut exercer son action sur le cerveau. C'est ce qui est prouvé par l'observation 49 consignée dans la lettre 7 du livre de M. Lallemand sur l'encéphale et reproduite dans l'ouvrage de son élève. Elle est intitulée : Syphilis méconnue pendant huit ans; trois courtes hémiplégies du côté droit; engourdissement; fourmillements habituels du même côté. Traitement antivénérien; disparition des symptômes.

En regard des observations précédentes, l'auteur en cite trois dans lesquelles l'exagération des traitements antivénériens contre des syphilis constitutionnelles causa des accidents. La guérison eut ensuite lieu par les simples antiphlogistiques.

Quant au traitement, M. Lallemand est dans l'habitude de commencer, en général, par les mercuriaux, et de finir par les préparations d'or ou les composés iodurés, afin de pouvoir rendre à l'économie le ton qu'elle aurait perdu sous l'influence du premier traitement. Parmi les premiers, il emploie surtout les pilules de Sédillot, qui ont l'avantage de favoriser les selles, en raison du savon médicinal qui entre dans leur composition, et cette action dérivative sur les intestins diminue la tendance à la salivation. La dose en est d'une à quatre par jour.

Les bains de sublimé sont très avantageux lorsque l'on a affaire à des symptômes syphilitiques extérieurs; mais, ceux-ci disparus, il faut mettre les bains de côté et continuer le traitement par les moyens internes.

Les injections de sublimé sont surtout utiles comme moyen explorateur pour reconnaître la nature vénérienne de certaines affections qui ont résisté aux divers moyens employés pour les combattre; telles sont quelques ophthalmies, des fistules et plaies d'origine douteuse.

Rétrécissements de l'urèthre. — Dans ce chapitre, comme dans le précédent, les faits en très grand nombre précèdent les préceptes. Une des observations les plus curieuses est celle d'un colonel russe qui vint à Montpellier après avoir consulté les praticiens les plus renommés d'Italie, d'Allemagne et d'Angleterre : tous l'avaient déclaré atteint d'une hydropisie qui dépendait, suivant quelques-uns, d'anciennes fièvres intermittentes; et, en effet, il avait depuis quatre ans des accès de fièvre intermittente que le quinquina n'avait pu dompter; son ventre était énorme, tendu jusqu'à l'ombilic; le marasme était d'ailleurs à son comble. L'urine coulait goutte à goutte et forçait le malade à tenir constamment la verge dans un urinoir d'argent fixé à l'urèthre. Le moral était dans un état déplorable. Eh bien! tout cet appareil de symptômes, dont nous avons dû retrancher, tenait tout simplement à un rétrécissement du col de la vessie; la distension de cette cavité simulait une ascite. La dilatation opéra une révolution complète au physique comme au moral. Plus d'accès de fièvre intermittente; le malade reprit sa pipe; l'embonpoint lui revint avec l'appétit. La guérison fut complète. Un examen un peu attentif, ajoute l'au-

(1) Voy. le numéro de décembre 1845.

teur, eût facilement permis d'éviter l'erreur dont ce malade faillit être victime; chez lui, le ventre n'était pas distendu comme dans l'hydropisie, mais seulement jusqu'à l'ombilic; les cuisses et les jambes n'étaient pas infiltrées, ce qui s'observe toujours dans les hydropisies péritonéales.

M. Lallemand n'emploie jamais le cathétérisme forcé, qu'il regarde comme un procédé barbare et tout-à-fait indigne des progrès de la chirurgie. Le cathétérisme forcé, même avec une sonde très grosse, n'est applicable qu'aux cas dans lesquels il n'y a aucun rétrécissement organique, ni induration proprement dite, ce qui en limite l'indication au cas de coarctations spasmodiques ou autres, mais non permanents de leur nature. Quant à ces derniers, l'auteur les divise en deux catégories : les rétrécissements par induration simple, et les rétrécissements par cicatrisation. Il range sous trois chefs principaux les moyens de traitement qu'on peut opposer aux rétrécissements : ce sont la dilatation, l'incision et la cautérisation; aucune de ces méthodes ne convient d'une manière exclusive; aucune ne doit être rejetée d'une manière absolue. La dilatation convient généralement dans les rétrécissements par induration simple, et plus spécialement encore dans ceux qui ont été précédés de perte de substance. Dans le premier cas, la dilatation doit être rapide; dans le second elle doit être longtemps continuée et fréquemment renouvelée. L'incision sera préférée pour les obstacles placés à l'orifice du méat, dans les cas de nodosités uréthrales, contre les rétrécissements qui succèdent à la rupture du tissu spongieux de l'urèthre dans les chaudepisses cordées. Toutes les fois que l'obstacle est accessible à l'instrument tranchant, il faut préférer l'incision au cathétérisme forcé, à la ponction hypogastrique ou autre. La cautérisation enfin est indiquée lorsque l'ouverture du rétrécissement est irrégulière ou bien latérale, lorsque les brides cèdent sous la sonde sans disparaître. Elle est encore employée avec avantage dans les cas de fausse route, où une valvule couvre l'ouverture du rétrécissement, ou bien encore lorsque la muqueuse décollée de toutes parts forme une espèce de mamelon flottant que les urines peuvent franchir, mais que la sonde ne peut traverser. L'action du caustique a d'ailleurs pour effet de faire disparaître immédiatement les symptômes nerveux.

Affections de la prostate. Ce chapitre n'a pas été traité avec les mêmes développements que les deux précédents. Le sujet est sans doute moins vaste; mais aussi il échappe plus facilement à l'observation clinique, ce qui fait qu'il est moins aisément étudié dans les hôpitaux. Nous regrettons donc que l'auteur n'ait pas cru devoir le traiter d'une manière plus complète et qu'il invoque pour motif qu'il s'était promis de ne pas reproduire dans son ouvrage ce qu'on trouve partout: Les affections de la prostate se lient fréquemment d'une part aux rétrécissements uréthraux, de l'autre à la maladie qui va tout à l'heure nous occuper et sur laquelle ont jeté tant de jour les récents travaux de M. Lallemand : la spermatorrhée.

II. *De la spermatorrhée.*—Nous avons rendu compte, dans le temps, de l'ouvrage de M. Lallemand sur les pertes séminales involontaires. Nous avons dit notre pensée sur la valeur de ce livre écrit avec le style entraînant et persuasif familier à l'auteur des Lettres sur l'encéphale, et dont peu de médecins ont aujourd'hui le secret. Nous ne nous attendions pas qu'à un aussi court intervalle de temps il dût paraître un nouveau *Traité didactique* sur un sujet déjà traité si savamment et si difficile à explorer ; non que nous crussions que M. Lallemand eût dit le dernier mot sur cette étonnante maladie ; bien loin de là, nous pensions plutôt qu'il n'en avait encore dit que le premier ; mais il nous semblait difficile que l'on pût en aussi peu de temps ajouter des notions à la fois nouvelles et suffisamment précises à celles que le professeur de Montpellier avait consignées dans son ouvrage.

Nous sommes loin toutefois de blâmer M. Kaula d'avoir entrepris un travail que l'on peut considérer, ou comme la continuation de l'ouvrage de M. Lallemand, ou comme un abrégé du même ouvrage, plus accessible d'ailleurs au grand nombre que l'œuvre du maître lui-même. M. Kaula assure avoir observé un grand nombre de faits, ce que nous croirons sans peine, puisqu'il était admis aux intimités des consultations du cabinet. Il affirme en outre avoir été aidé des conseils de son savant maître dans l'exécution de son livre.

Ce livre est en effet la reproduction exacte des idées du professeur de Montpellier sur la spermatorrhée, idées que nous avons exposées avec assez de développement pour nous dispenser d'y revenir, au moins avec détail.

Cependant nous serions injuste envers l'auteur si nous présentions son livre comme une sorte d'analyse calquée sur l'ouvrage de M. Lallemand. Sauf les doctrines du maître, qu'il a dû sans cesse aspirer par tous les pores et qu'il n'a pas eu le temps de soumettre au criterium d'une longue expérience personnelle, sauf ce seul point, M. Kaula a fait un travail réellement original, dont l'exposition nette et claire ne laisse rien à désirer sous aucun rapport. Rien de ce qui a paru sur ce point, tant dans les auteurs anciens que modernes, aucun article des journaux français ou étrangers, de dictionnaire ou autre publié depuis l'ouvrage de M. Lallemand, n'a été omis. Il semble résulter de ces recherches que la spermatorrhée, dont quelques médecins nient encore aveuglément l'existence, est une maladie plus fréquente qu'on ne le croit communément. M. Huzard depuis longtemps déjà, et plus récemment M. Rayer, ont également observé que les pertes séminales existent chez les animaux comme chez l'homme, par suite des mêmes causes, et qu'elles produisent chez eux les mêmes effets.

Nous n'entrerons pas plus avant dans l'examen de cet ouvrage pour les raisons que nous venons d'indiquer. Mais nous ne terminerons

pas sans en recommander vivement la lecture aux praticiens. Il leur aidera quelquefois à résoudre des questions qui, jusqu'à ces derniers temps, restaient souvent insolubles. La connaissance des désordres produits par la spermatorrhée aidera pour sa part à expliquer l'existence d'un certain nombre de fièvres hectiques que l'on eût pu sans cela considérer encore comme idiopathiques.

III. **Traité complet de l'hystérie**; par H. Landouzy, professeur adjoint à l'École de médecine de Reims, lauréat de la Faculté et de l'Académie royale de médecine, etc. (ouvrage couronné par l'Académie de médecine) (1).

M. Laudouzy, pendant les trois années de son internat qu'il a passées dans des services exclusivement consacrés aux femmes, avait fait une étude spéciale des affections qui leur sont propres; il continuait ces études dans sa pratique particulière, lorsque l'Académie de médecine, en mettant au concours la question de l'hystérie, lui fournit l'occasion de publier le résultat de ses observations quelques années plus tôt qu'il ne pensait à le faire. Nous rappellerons, au sujet de ce concours, que le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de douze cents francs, fut partagé entre M. Landouzy et M. Brachet, de Lyon, dans la séance du 5 novembre 1845. — Le travail que le premier publie aujourd'hui est entièrement conforme, sauf quelques additions, au manuscrit qu'il a envoyé à l'Académie. Nous ne pouvons guère qu'indiquer ici la marche suivie par l'auteur. Il a évité l'écueil dans lequel tombent beaucoup d'observateurs qui s'imaginent posséder tous les éléments d'une question parce qu'ils ont beaucoup vu. Mais comme ils ne sauraient avoir tout observé par eux-mêmes, il s'ensuit qu'ils font trop grande la part de leurs impressions personnelles, trop petite celle de la science de leurs devanciers. M. Landouzy a, au contraire, pensé avec raison qu'il s'agissait bien moins d'accumuler de nouveaux faits que d'analyser et d'interpréter convenablement la masse si nombreuse d'observations enregistrées dans les annales de la science. Il a compulsé à cet effet quatre cents observations tirées d'une cinquantaine d'auteurs tant anciens que modernes. Ces observations, il les range par séries à la fin de son ouvrage, et en signale aphoristiquement les traits les plus saillants et les plus instructifs. A ces matériaux si riches l'auteur a joint le contingent de ses propres recherches, ce qui l'a mis à même de présenter un tableau complet de la maladie la plus complexe qui existe. Mais il ne fallait pas seulement tracer l'histoire de l'hystérie, la décrire dans ses phases, dans ses formes si diverses: il fallait résoudre une foule de questions partielles qui s'y rattachent de tous les points de la pathologie, il fallait la chercher là où l'on soupçonne à peine qu'elle existe, dans ses épiphénomènes si variés, depuis les exagérations locales de la sensibilité jusqu'aux paralysies locales ou partielles, etc.

Un des points les plus controversés est celui du siége de l'hystérie. M. Landouzy en a fait le sujet d'un chapitre. La conclusion à laquelle il est arrivé est que l'hystérie a son siége dans tout l'ensemble de l'appareil sexuel de la femme et non dans tel ou tel organe de cet appareil. C'est là, en effet, la notion la plus anciennement et la plus généralement reçue touchant le siége de l'hystérie; mais il ne s'est pas borné à l'adopter d'après les idées d'autrui, il l'a appuyée sur une foule de considérations tirées des données d'anatomie, de physiologie et de pathologie que lui fournissaient les faits si nombreux qu'il a étudiés. Mais, pour ne pas se tromper sur ses intentions, il est bon que le lecteur soit prévenu sur la signification qu'il attache à cette expression de siége de l'hystérie. Celui qui ne voit cette maladie que dans l'attaque en chercherait vainement le siége là où l'indique M. Landouzy; le siége est en quelque sorte partout; mais le paroxysme hystérique n'est qu'un état exceptionnel de la maladie. Si on étudie l'hystérie dans les prodromes des accès, dans ses phénomènes successifs, dans ses épiphénomènes, on verra, dit M. Landouzy, que l'initiative appartient presque constamment à des désordres fonctionnels de l'appareil génital. L'auteur ne se croit toutefois pas en mesure d'affirmer qu'aucune des lésions si nombreuses des organes génitaux qui coïncident avec l'hystérie en soit la cause spécifique. Ainsi, un engorgement de l'utérus, un phlegmon de l'ovaire, ne sont point des causes efficientes d'hystérie, et cependant il existe entre ces lésions anatomiques et les phénomènes nerveux de l'hystérie une relation dont les conditions intermédiaires nous échappent souvent.

Nous en restons ici de l'examen du livre de M. Landouzy. L'embarras du choix serait très grand s'il nous fallait entrer dans les détails; car il n'en est aucun qui ne soit motivé, qui ne puisse être utile au lecteur. Ce que nous avons dit d'ailleurs de l'ensemble du livre montre suffisamment dans quel esprit il a été exécuté et le degré d'utilité que l'on en peut retirer dans la pratique.

IV. Relation médico-chirurgicale de l'expédition du Bou-Thaleb (province de Constantine) et notice sur le service chirurgical de l'hôpital militaire de Sétif à la suite de cette expédition, sur les congélations partielles, leur traitement, etc.; par C. Shrimpton, M. D., chirurgien en chef de l'ambulance active de la province de Constantine, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Sétif, chevalier de la Légion-d'Honneur (1).

Les faits publiés dans cet ouvrage avaient

(1) 1 vol. in-8° de plus de 400 pages, chez J.-B. et G. Baillière.

(1) 1 vol. in-8° de 150 pag., chez Félix Guende, à Constantine.

été jetés à l'état de simple ébauche sur le papier, au milieu des circonstances les plus pénibles de la vie militaire, à 50 lieues dans l'intérieur des terres. Il est un des premiers qui soient sortis des presses récemment établies à Constantine; mais il se recommande à d'autres titres plus importants. L'auteur y a intrepris la relation d'une expédition qui rappelle sur un petit théâtre quelques-uns des traits de la retraite de Russie. A la fin de 1845, le général Levasseur, voulant punir quelques tribus de la province de Constantine, s'avança avec un corps de troupes de différentes armes jusque sur les montagnes de Bou-Taleb. Il n'y trouva point d'ennemis à combattre; mais, ce qui était bien autrement redoutable, nos soldats eurent à lutter contre un abaissement subit de température, contre le manque de vivres et surtout contre le froid. Quoique celui-ci ne fût que de quelques degrés au-dessous de zéro, le défaut d'objets de campement fit qu'un très grand nombre de soldats périrent asphyxiés ou présentèrent des congélations plus ou moins étendues. Ces congélations, notées par M. Shrimpton, étaient au nombre de trois cent cinquante-cinq, lesquelles se divisaient ainsi, d'après leur siége: aux pieds, 325; aux mains, 6; aux pieds et aux mains à la fois, 14; à la verge, 3; aux oreilles, 6; au nez, 1. C'est la présence de la neige sur le sol qui fut la seule cause apparente de ces congélations; car le thermomètre ne descendit pas au delà de quatre degrés. En définitive, sur 2,800 hommes, 208 périrent asphyxiés; 2,350 furent atteints d'asphyxies partielles, superficielles ou profondes. Les circonstances qui aggravaient l'action du froid étaient les maladies antérieures, les dysenteries et les fièvres intermittentes, surtout les excès alcooliques, M. Shrimpton a résumé en un certain nombre de propositions la manière d'agir du froid et les indications thérapeutiques à remplir. Nous regrettons de ne pouvoir citer ici toutes ces propositions, dans lesquelles ses idées diffèrent quelquefois de celles des auteurs. Ce qu'il dit de l'emploi de la neige à la suite des asphyxies générales ou locales mérite d'être noté. Il ne faut recourir à la neige, dit M. Shrimpton, que si la température ambiante est d'un certain nombre de degrés au-dessous de zéro. La neige qui se fond dans l'acte même de la friction, ayant une température égale à zéro, devient alors un moyen très convenable d'élever la chaleur de l'individu asphyxié. Elle forme le premier terme de la série de températures successivement graduées par lesquelles il est indispensable de faire passer le sujet si l'on veut éviter de dangereuses réactions. Mais si, par suite d'une abstinence prolongée ou de fatigues excessives, les phénomènes asphyxiques apparaissent, bien que la température extérieure fût un peu supérieure à zéro, comme il est quelquefois arrivé dans l'expédition de Bou-Thaleb, ce n'est plus à la neige fondante qu'il faut avoir recours, mais à des lotions aqueuses ou à des bains d'une température un peu plus élevée que celle du milieu ambiant. Les mêmes principes s'appliquent aux asphyxies partielles. Toutefois, l'emploi de la neige fondue doit être continué moins longtemps chez les sujets faibles que chez les sujets robustes, et être bientôt remplacé par des topiques d'une température plus élevée, tandis que chez les derniers elle suffit souvent seule pour faire cesser les accidents.

Le travail de M. Shrimpton se recommande encore par un nombre considérable de faits et de préceptes, en particulier sur les amputations, que nous ne pouvons que mentionner ici.

Revue des journaux français et belges.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Considérations sur la nature de la glucosurie (diabète sucré) et sur les difficultés que présente dans les hôpitaux le traitement de cette maladie, avec de nouvelles observations; par M. BOUCHARDAT. Nous avons rendu suffisamment compte des travaux persévérants du pharmacien de l'Hôtel-Dieu sur cette question pour n'être pas obligés d'analyser longuement ce nouveau mémoire. M. Bouchardat fait consister le diabète sucré dans une perversion de la digestion des féculents. Ceux-ci, au lieu de se dissoudre dans les intestins, comme cela doit s'effectuer à l'état normal, sous l'influence du suc pancréatique, se trouvent déjà dissous dans l'estomac, qui fournit un suc gastrique contenant de la diastase. Le pancréas peut alors être atrophié et avoir son canal oblitéré.

Ce n'est malheureusement point dans les hôpitaux que l'on peut réunir toutes les conditions indispensables à la réussite du traitement hygiénique du diabète sucré. On n'y peut obtenir que des résultats incomplets. Lorsqu'on traite un diabétique dans l'aisance et assez intelligent pour suivre le traitement hygiénique conseillé par l'auteur et aidé quelquefois du carbonate d'ammoniaque on obtient les résultats suivants. Si le malade n'est atteint ni de tubercules pulmonaires ni d'affection incurable du pancréas ou de ses conduits, il se rétablit rapidement, et, dans le plus grand nombre des cas, se guérit solidement, à la condition toutefois que l'on soit sobre de féculents, et que l'on surveille constamment les urines afin de suspendre immédiatement les féculents à la moindre menace de récidive. (*Janvier* 1847.)

—

Recherches cliniques sur la phlébite, spécialement sur celle dite spontanée; par C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg. — Les recherches de M. Forget l'ont conduit à poser les conclusions suivantes : 1° La phlébite spontanée se produit le plus souvent, mais non toujours, comme complication des affections chroniques. 2° La phlébite spontanée est très probablement primitive, c'est-à-dire antérieure à la coagulation du sang. 3° La phlébite spontanée est très proba-

bablement de même nature que la phlébite traumatique. 4° Si la phlébite spontanée est presque toujours adhésive et se termine très rarement par suppuration et résorption purulente, c'est très probablement parce que la veine enflammée est soustraite au contact de l'air. 5° Cette causalité étant admise, il en résulterait des conséquences pratiques très importantes; car elle ferait ressortir les avantages de la réunion immédiate dans les grandes opérations, la nécessité de fermer exactement l'ouverture de la veine dans la saignée, l'utilité des pansements rares et l'excellence de la méthode chirurgicale dite sous-cutanée. 6° la phlébite spontanée présente les mêmes symptômes et est très probablement de même nature que la *phlegmasia alba dolens*. Celle-ci n'est donc pas une maladie particulière aux femmes en couches; elle peut se produire dans les deux sexes et dans des circonstances très variées. 7° La phlébite spontanée, quoique donnant quelquefois lieu à un œdème actif très considérable, se résout presque toujours facilement et sans le secours de médications énergiques. 8° La phlébite spontanée est un simple accident des maladies où elle se produit comme complication, et ne comporte pas nécessairement un pronostic funeste. (*Ibid.*)

Du traitement de la fissure à l'anus par la cautérisation à l'aide du spéculum; par le docteur HERPIN, vice-président de la Faculté de médecine et du conseil de santé de Genève. — L'auteur a fait sur l'efficacité de la cautérisation quelques essais qu'il regarde encore comme insuffisants pour trancher la question d'une manière absolue, mais qui ont été assez heureux pour que l'on puisse recommander aux chirurgiens d'en tenter de semblables. Les faits que cite M. Herpin remontent à dix ans environ. S'il n'a pas songé plus tôt à les faire connaître, c'est qu'il attendait qu'ils fussent plus multipliés; il a dit-il, d'ailleurs, pour principe en thérapeutique qu'on ne peut apprécier la valeur d'un moyen curatif quelconque et le manier avec habileté qu'autant qu'il a échoué plusieurs fois entre vos mains. Or il n'était pas encore arrivé à ce résultat.

Le premier fait de cautérisation d'une fissure à l'anus est dû au docteur Olivet, collègue de l'auteur. Il s'agissait d'un homme qui portait au niveau du sphincter une gerçure se prolongeant un peu au-dessus. M. Olivet engagea le malade à faire des efforts de défécation; la fissure étant mise ainsi partiellement à découvert, il la cautérisa avec le nitrate d'argent et ne craignit pas d'introduire quelque peu le crayon dans l'anus, pour atteindre la partie supérieure de la fissure. Un petit nombre de cautérisations faites à un ou deux jours d'intervalle amenèrent la guérison radicale de cette douloureuse infirmité.

Dans le premier cas observé par M. Herpin, lequel remonte à l'année 1834, la fissure était placée trop haut et la constriction trop forte pour que l'auteur pût réussir de la même manière; mais le *speculum ani* fournissait un moyen simple d'appliquer le caustique sans inconvénient. M. Herpin en fit fabriquer un de forme légèrement conique, ayant 8 centimètres de long, 2 centimètres de diamètre à l'extrémité supérieure et 25 millimètres à l'extrémité inférieure, l'échancrure de 6 centimètres de hauteur, 1 centimètre de largeur en haut et 15 millimètres en bas. Le bord supérieur est taillé en biseau. Un mandrin de bois remplit complètement le cylindre et le dépasse en haut de 15 millimètres. Cette portion saillante est tournée en forme de gland. L'introduction de cet instrument fut douloureuse, mais guère plus que celle du doigt. L'instrument étant retenu par son manche, M. Herpin retira le mandrin, et, approchant une courte bougie, vit dans l'échancrure du spéculum un bourrelet saillant sur lequel était située la fissure, ou plutôt une surface étroite, couverte de bourgeons charnus. Cette surface fut largement cautérisée.

La guérison fut complète à la faveur de cette seule cautérisation. Mais la fissure se reproduisit dix-huit mois après, à la suite de couches. C'était aussi à la suite d'un accouchement que la première fissure s'était montrée. Une seule cautérisation en amena la guérison et plus rapidement même que la première fois. Depuis cette époque, cette dame, dont l'auteur a continué d'être le médecin, n'a pas éprouvé un seul ressentiment de cette affection, quoiqu'elle ait encore mis au monde trois autres enfants.

M. Herpin a eu l'occasion d'appliquer sa méthode dans deux autres cas de fissure. La guérison a été très rapide à la suite d'une seule cautérisation. L'une de ces personnes a été perdue de vue; mais l'autre n'en a jamais eu de nouvelles atteintes. (*Février* 1847.)

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Note sur un moyen facile et sûr d'enlever l'amertume du sulfate de quinine sans nuire à son action thérapeutique; par M. F. DES VOUVES, élève à l'hôpital Saint-Louis. — Le hasard a fait découvrir à l'auteur un nouveau mode d'administration à la faveur duquel le sulfate de quinine est pris, même par les enfants, non-seulement sans répugnance, mais avec plaisir, tant l'amertume en est complètement détruite. — M. Des Vouves, étant à la Martinique, en 1842, eut à se traiter d'une fièvre intermittente sujette à de fréquentes récidives et que le sulfate de quinine coupait rapidement. On sait qu'aux colonies, l'usage est de prendre une tasse de café à l'eau aussitôt qu'on est levé. Un matin, ayant à prendre une dose de sulfate de quinine, et trouvant une tasse de café toute préparée, M. Des Vouves eut l'idée de mettre ses 20 centigr. de sulfate de quinine dans une cuillerée à bouche de café; et, à sa grande surprise, il l'avala sans ressentir aucune amertume. La fièvre fut coupée aussi promptement que les autres fois, et dès lors M. Des Vouves ne prit plus autrement le remède. De 1841 à 1844, il a bien eu une dizaine de récidives de sa fièvre intermittente, et il l'a

toujours arrêtée par le même moyen. De nouveaux accès qu'il a eus depuis à Paris ont été traités avec le même succès. Plusieurs de ses connaissances de la Martinique, prises aussi d'accès de fièvre, se sont bien trouvées de l'imiter.

Enfin M. Des Vouves a eu tout récemment l'occasion d'appliquer cette découverte chez un jeune enfant de six ans, atteint d'une fièvre tierce et que traitait M. Guersant père. L'enfant a pris d'une seule dose sans s'en apercevoir 20 centigrammes de sulfate de quinine dans une cuillerée à bouche de café noir additionnée de deux cuillerées de lait. Le tout lui a paru si bon qu'il a demandé avec instance qu'on lui donnât la dose suivante du même jour. Il a pris 120 centigrammes de sulfate de quinine en quatre jours et la fièvre n'a pas reparu.

M. Des Vouves fait observer, en terminant, qu'en ce qui concerne ses expériences personnelles, l'action du médicament dissous dans du café lui a paru plus rapide que sous les formes ordinaires. (*Janvier* 1847.)

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Affection saturnine grave, guérie par l'opium à hautes doses. — Nous avons déjà plusieurs fois parlé des succès obtenus par le docteur Triberti (de Milan) dans le traitement de la colique de plomb par les opiacés. Cette méthode, que les médecins italiens se sont en quelque sorte appropriée en la rattachant à leur doctrine, n'est pourtant pas nouvelle. Stoll l'avait particulièrement préconisée. Mais elle n'a jamais pu trouver faveur en France. Le fait suivant, joint à ceux que nous avons déjà rapportés, montre que les opiacés pourraient être essayés avec avantage, au moins dans les cas assez nombreux où le traitement de la Charité est impuissant. Sans rien préjuger sur la question de doctrine, nous ferons néanmoins observer que les médecins italiens mettent l'opium à la tête des stimulants, et le plomb parmi les hyposthénisants, de sorte que l'opium serait rationnellement indiqué si l'on considère l'affection saturnine comme de nature débilitante. Ajoutons même que le docteur Triberti joint aux opiacés l'usage du vin et d'un régime tonique, et que, selon lui, cette méthode, en apparence si échauffante, a pour effet de vaincre la constipation.

Obs. — Un peintre en bâtiments, âgé de vingt-cinq ans, est entré dans le service de M. Briquet pour une colique de plomb dont il était atteint depuis plusieurs mois. Il se plaignait de coliques, de constipation et de lassitude générale. Le ventre était aplati, le pouls était lent. M. Briquet débuta par les évacuants, 30 grammes de sulfate de soude avec 2 gouttes d'huile de croton tiglium, un lavement au séné et, en outre, une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour le soir. Ces moyens employés deux jours de suite ne produisirent pas de selles, et ne procurèrent au malade aucune amélioration. Loin de là, le malade fut pris, le troisième jour de son entrée, d'une attaque d'épilepsie saturnine qui dura une demi-heure environ avec perte de connaissance. On sait quelle est la gravité de cet accident. M. Briquet prescrivit alors 30 centigrammes d'extrait d'opium à prendre en six pilules dans les vingt-quatre heures. La tolérance s'établit fort bien; le malade ne dormit pas plus qu'à l'ordinaire; dès le lendemain, il souffrait un peu moins de l'abdomen. L'opium fut continué à la même dose pendant dix à douze jours; on y ajoutait un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude. L'état du malade s'améliora progressivement. Les coliques disparurent ainsi que la constipation; l'appétit revint. Il ne se reproduisit plus de convulsions épileptiformes. Les opiacés ne furent point abandonnés brusquement; on en diminua progressivement la dose. Ce malade est sorti parfaitement guéri, selon toutes les apparences au moin. (*Décembre* 1846.)

—

Traitement des brûlures à l'aide de l'ammoniaque. — M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, emploie depuis plus de vingt ans contre les brûlures au premier et au second degré une solution concentrée d'*ammoniaque caustique*. Il lui est fréquemment arrivé de se brûler avec du charbon rouge, du phosphore, de la poudre, etc., et l'application immédiate de l'agent précité a toujours fait avorter les accidents. Lorsque la brûlure occupait l'extrémité des doigts, il les maintenait immergés dans le liquide, sans addition d'eau. Si le siége du mal ne permettait pas cette immersion, il le couvrait d'une compresse imbibée d'ammoniaque et en prévenait l'évaporation par l'addition du linge sec. Dans ce cas, il faut renouveler de temps en temps la solution ammoniacale. On est averti de la nécessité de ce renouvellement par la sensation de chaleur et de cuisson qui se montre dans la partie brûlée. Aussitôt après l'application de l'ammoniaque, la douleur disparaît, et ce bien-être persiste pendant un temps d'autant plus long que le liquide est plus concentré. D'après ce que M. Guérard a éprouvé lui-même, il croit que l'application de l'ammoniaque caustique doit être continuée pendant au moins une heure pour produire un effet durable. Après quoi, on laisse la partie brûlée à découvert sans aucun autre pansement. Si la brûlure est étendue, ce laps de temps pourrait être insuffisant. En tout cas, on serait averti qu'il convient de continuer l'application alcaline par la réapparition de la chaleur et de la cuisson dans la partie malade. — M. Guérard ne croit pas que ce topique convienne dans les cas de solution de continuité de la peau : il n'a observé aucun fait qui lui permette d'en conseiller l'emploi en pareil cas. — La douleur se dissipe instantanément par l'application de l'ammoniaque caustique. Les phlyctènes ne se développent pas; mais l'épiderme se sèche et tombe plus tard par lam-

beaux d'apparence de parchemin. Il est bon d'être averti que, dans le cas où l'on devrait faire un semblable pansement sur une surface étendue, il conviendrait de manier les compresses avec des pinces; car l'ammoniaque caustique produit rapidement la vésication de la peau saine. Il faudrait aussi éviter de respirer ou de faire respirer au malade la vapeur ammoniacale; enfin on se servirait de vases de fer-blanc ou de faïence, le cuivre étant fortement attaqué par l'ammoniaque. (*Janvier* 1847.)

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

De la compression temporaire de l'aorte abdominale dans les cas de métrorrhagie consécutive à l'accouchement; par M. SEUTIN. Les avis sont fort partagés relativement à la valeur de ce moyen. On a pu voir, dans le compte-rendu que nous avons donné dans notre dernier numéro d'un ouvrage de M. Négrier sur les hémorrhagies puerpérales, que ce praticien regarde la compression de l'aorte comme un moyen inefficace, inapplicable même, tant il cause de malaise à la femme. Il le dit, du reste, pour l'avoir essayé. Or, voici que M. Seutin professe, tout au contraire, que c'est le moyen le plus rationnel, le plus simple, le plus promptement applicable, le plus héroïque, celui qui devrait se présenter le premier à l'esprit des praticiens au lieu de n'être considéré que comme une ressource dernière. M. Seutin parle aussi, d'ailleurs, d'après l'expérience. L'hospice de la Maternité, l'hôpital Saint-Pierre (de Bruxelles), et sa pratique particulière, lui ont fourni de fréquentes occasions de constater les avantages *constants* et *immédiats* de la compression.

A quoi tient donc une divergence d'opinions telle que le même moyen soit pour un praticien un moyen nul, presque pernicieux, pour l'autre un moyen de premier ordre, d'un succès presque immanquable? En l'absence des éléments nécessaires pour résoudre cette question, nous nous bornerons à faire ressortir les points les plus pratiques du travail de M. Seutin.

Le chirurgien de Bruxelles attache la plus grande importance à ce que la compression soit faite méthodiquement, et, pour y parvenir, il est bon de faire appel à quelques notions d'anatomie. L'aorte abdominale, située d'abord un peu à gauche du corps des vertèbres, à son passage à travers les piliers du diaphragme, se reporte vers la ligne médiane à mesure qu'elle descend de la saillie sacro-vertébrale. Elle est enveloppée par une gaîne fibro-celluleuse, entourée de vaisseaux et de ganglions lymphatiques, et accompagnée, à droite, par la veine cave. Il ne faut pas ignorer non plus que l'ombilic, également distant du pubis et du sternum, est le point des parois abdominales le plus facile à rapprocher des vertèbres lombaires, et que ces parois sont beaucoup plus lâches, plus souples, plus dépressibles après l'accouchement, de manière que la main plonge alors facilement derrière l'utérus.

L'accouchée est placée sur un plan horizontal, la tête et les épaules légèrement soulevées sur un oreiller, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Le chirurgien, placé à droite de la femme, se sert de la main gauche pour la compression; la droite est laissée libre pour les autres manœuvres obstétricales que l'hémorrhagie peut réclamer. Les trois doigts médians de la main destinée à la compression, légèrement fléchis, présentent leur pulpe de champ sur le même plan. Par des ondulations douces et successives, ils plongent derrière et à gauche du globe utérin, à peu près au niveau de l'ombilic, en déprimant profondément les parois abdominales relâchées. Les pulsations aortiques étant reconnues, le plan digital est opposé au cylindre du vaisseau dans le sens longitudinal, mais avec une obliquité telle, de haut en bas et de dedans en dehors, que les trois doigts n'en obtruent complètement la lumière que par leur opposition simultanée. L'axe de l'artère se trouve ainsi fixé sur le plan latéral gauche du corps des vertèbres. On évite la compression de la veine cave en ne portant pas trop à droite le plan digital. La main droite, si elle est restée libre, et, bien mieux, celle d'un aide placé en face de l'accoucheur, ajoute à l'effort compressif en appuyant contre le plan digital la face dorsale des secondes phalanges des trois doigts médians repliés dans la paume de la main. De cette manière, la compression peut être maintenue longtemps régulière sans trop de fatigue. Quarante ou cinquante secondes suffisent ordinairement pour modérer le flux sanguin, souvent même pour l'arrêter. On insiste plus longtemps si le danger est pressant. Lorsque la compression n'est plus jugée nécessaire, on commence par soulever le doigt supérieur du plan comprimant, de manière à ce qu'il ne livre passage qu'à une petite rigole de sang; puis les autres doigts se relâchent successivement. L'hémorrhagie reparaît-elle, on les réapplique sur le vaisseau, et l'on ne fait trêve à ces alternatives plus ou moins répétées que lorsque tout danger a disparu. La compression permanente longtemps prolongée d'un vaisseau aussi volumineux que l'aorte aurait pour effet l'hypérémie des viscères sus-jacents.

Revue des journaux anglais.

THE LANCET.

Abcès du cœur; absence de phénomènes morbides pendant la vie.—Le docteur F. HOWITT fut appelé le 18 novembre 1838, à huit heures du soir, près d'un enfant de huit ans. Cet enfant éprouvait depuis douze heures une douleur très vive dans la partie profonde du mollet droit. Aucune cause ne l'expliquait; aucun signe extérieur ne l'annonçait; elle perdait par moments de son intensité; le toucher ne l'exaspérait pas. Il n'y avait aucun phénomène concomitant remarquable, si ce n'est le pouls qui

était à 110. On prescrivit 6 sangsues *loco dolenti*, calomel et opium à faibles doses. Le 19 novembre, aucun soulagement; du reste point de douleur ni de gonflement au mollet. Dans la nuit, il y a eu expulsion de deux lombrics. Le 20 novembre, la douleur persiste encore avec la même violence. Intelligence un peu obtuse; réponses lentes; pouls à 130, plus faible. Trois lombrics ont encore été rendus sous l'influence d'un lavement térébenthiné. — 21, la douleur n'a pas diminué et la cause en reste toujours aussi obscure. Pouls à 130. Vers le soir il survient du coma. Le malade est difficile à réveiller; mais alors il a toute sa connaissance et se plaint toujours beaucoup de sa jambe. On prescrit un vésicatoire à la nuque, un lavement et un peu de vin. — 22, apparence de quelque amélioration : stupeur moins grande; connaissance entière; réponses moins lentes; 130 pulsations. Pas de diminution dans la douleur du mollet.—23, le coma a augmenté. Le malade, réveillé avec peine, répond avec justesse aux questions; puis il retombe dans l'assoupissement. 150 pulsations très faibles. Pupilles très contractées. L'état s'aggrave depuis lors rapidement : carus complet; fuliginosités aux dents; décubitus dorsal; cris plaintifs continuels; quelques mouvements convulsifs. Mort dans la soirée du 24.

Autopsie. — On examine d'abord le mollet qui a été le siége de la douleur; on n'y trouve pas la plus légère altération anatomique. Les ganglions mésentériques ont considérablement augmenté de volume; quelques-uns contiennent une matière caséeuse; le péricarde est très distendu; il s'en écoule par l'incision une pinte de sérosité purulente, tenant en suspension des flocons caséeux; une couche uniforme de même matière revêt toute la face interne du péricarde. La surface du cœur présente, au point de réunion de l'oreillette droite et du ventricule droit, une éminence arrondie, présentant une coloration plus foncée que les autres parties. Une incision cruciale en fait écouler une cuillerée à café de pus mal lié et floconneux. Ce petit abcès communique par sa partie profonde, au moyen d'une petite ouverture à bords déchirés, avec l'intérieur de l'oreille droite, dans laquelle on trouve un mélange de pus et de sang.—Poumons sains.—Il est à regretter que la tête n'ait pas été ouverte. (20 *juin* 1846.—*Revue médicale.*)

—

Extirpation de la parotide; par le docteur F.-H. Brett. — Nous avons rapporté un cas de ce genre dans notre n° de janvier 1847; aussi nous bornerons-nous à rapporter les traits les plus saillants de celui-ci, uniquement dans le but de montrer que l'opération est praticable.

Le sujet de l'observation est une jeune Indienne de 17 ans portant un gonflement de la région parotidienne qui datait de cinq ans. La difformité était devenue à la longue très considérable; la déglutition et la parole en étaient considérablement gênées; il y avait une douleur très vive. La peau était intacte.

Avant de procéder à l'extirpation de la tumeur, l'auteur plaça sous l'artère carotide une ligature de réserve. M. Brett fit ensuite deux incisions semi-elliptiques, partant de l'arcade zygomatique et venant se joindre à la partie inférieure de la tumeur. Les adhérences latérales de celle-ci furent détruites avec le bistouri; puis l'auteur, la saisissant avec les doigts, la sépara de ses points d'attache les plus solides. On saisissait et on liait à l'instant les vaisseaux divisés, de sorte que l'hémorrhagie fut presque nulle jusqu'au moment où l'opérateur voulut détruire l'adhérence de la partie la plus profonde de la tumeur, là où celle-ci entourait l'artère. La malade fut alors inondée par un torrent de sang fourni principalement par la carotide externe : elle eut une syncope avec émission involontaire d'urines et de matières fécales. On n'eut qu'à serrer la ligature d'attente qui avait été placée sur le tronc de la carotide commune, et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. La malade ne tarda pas à sortir de sa syncope. Pour prouver qu'il opéra bien l'extirpation complète de la parotide, l'auteur dit que la séparation de la tumeur mit à nu le ventre postérieur du muscle digastrique, les apophyses transverses des vertèbres cervicales, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif d'une part; de l'autre, l'angle inférieur de la mâchoire inférieure et une partie du masséter. On pouvait sentir dans le fond de la plaie l'os hyoïde et l'apophyse ptérygoïde. La plaie se cicatrisa, partie par adhésion immédiate, partie par formation de bourgeons charnus. Quelques mois après, la guérison s'était bien maintenue. Mais, comme il avait été impossible d'éviter la section de quelques branches du nerf facial, il existait une paralysie marquée des muscles de ce côté de la face. Une portion de la tumeur était glanduleuse; l'autre était formée de tissu squirrheux et induré, présentant plusieurs petits kystes remplis de matière purulente. Les lobules de la parotide étaient bien distincts, sa forme et sa superficie bien entières et bien marquées. Cette tumeur est conservée dans le musée du Collége médical de Calcutta. (*Ibid.*, 6 *août* 1846.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *février* 1846.

Inhalations d'éther.

M. Jobert : Deux malades ont succombé dans mon service à la suite d'opérations pratiquées sous l'influence de l'éther; ce sont deux femmes : sur l'une d'elles, j'avais pratiqué l'amputation d'un sein cancéreux. Après treize minutes d'inhalation éthérée, elle était tombée dans l'insensibilité, mais point d'une manière complète; elle a ressenti un peu de douleur.

A la suite de cette opération, elle a été prise d'une céphalalgie intense, de douleurs très vives dans la gorge et le long de la trachée-artère ; enfin il est survenu un érysipèle ambulant. Cette femme a succombé à un trouble indéfinissable du système nerveux et à une bronchite très intense. A l'autopsie, on a trouvé le cœur flasque, les poumons crépitants ; la trachée-artère était fortement injectée, d'un rouge vif, comme si elle eût été trempée dans du sang ; cette injection a résisté au lavage. Les parents n'ayant pas permis qu'on fît une autopsie complète, nous n'avons pu constater l'état des autres organes. En présence de ces résultats incomplets, je n'ai pas cru pouvoir me prononcer sur la cause réelle de la mort, et en rendre l'éther responsable. Cependant j'incline à penser qu'il n'est point resté étranger à ce funeste résultat. — La seconde malade que j'ai perdue depuis est une femme à laquelle j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche suppurée. Cette femme n'a inspiré l'éther que pendant quatre minutes ; au bout de ce temps elle est tombée dans une insensibilité complète ; elle n'a recouvré sa connaissance qu'au bout de deux heures. Le lendemain, il y avait encore de l'agitation, de l'incohérence dans les paroles et du trouble dans les idées ; l'agitation et l'insomnie ont persisté jusqu'au septième jour ; pendant tout ce temps il y a eu une vive irritation des bronches. Le septième jour il est survenu une douleur névralgique de la face ; cette douleur a été bientôt suivie de trismus ; les sterno-mastoïdiens se sont violemment contractés ; enfin les muscles de l'abdomen et du thorax se sont durcis à leur tour, et la malade a succombé le quinzième jour à un trouble général de l'innervation, de la circulation et de la respiration. A l'autopsie, on a trouvé la pie-mère et la membrane propre de la moelle fortement injectées ; elles étaient d'un rouge aussi vif que si elles eussent été injectées avec du vermillon. La substance cérébrale était elle-même le siége d'une injection anormale très prononcée, surtout dans les corps striés et les couches optiques. Les ventricules étaient remplis d'une sérosité sanguinolente. La moelle épinière était également très injectée, très vascularisée, et, au niveau de la région dorsale supérieure, il existait un ramollissement qui ne pouvait être attribué à un effet cadavérique, ni à l'action des instruments ; le siége de ce ramollissement était d'ailleurs en rapport avec les phénomènes tétaniques observés pendant la vie. Nous avons trouvé une rougeur foncée dans le pharynx et dans l'œsophage ; la membrane muqueuse était recouverte d'une couche épaisse de pus ; la trachée et les bronches étaient également rouges et en partie recouvertes d'une matière purulente. L'artère pulmonaire était rouge à l'intérieur ; les valvules sigmoïdes avaient perdu leur transparence. En rapprochant la marche des accidents des lésions constatées après la mort, il est impossible de méconnaître dans ce cas des effets toxiques manifestes. Il paraît évident que l'éther a fortement congestionné le système nerveux, et qu'il a surtout porté son action sur la moelle épinière ; il a agi aussi par ses propriétés irritantes sur les membranes muqueuses, sur les bronches, et par voie de continuité jusque sur la membrane interne de l'artère pulmonaire. Je ne crois pas qu'on puisse mettre toutes ces lésions sur le compte d'une résorption purulente. Dans tous les autres cas où j'ai eu recours à l'éther, les résultats ont été tout différents : loin qu'ils aient eu aucun effet fâcheux, j'ai remarqué, au contraire, que les troubles réactionnels ont été, en général, moins intenses qu'à l'ordinaire. Je pense donc que c'est avec une grande prudence que l'on doit recourir à un moyen qui agit dans quelques circonstances avec une aussi grande énergie sur le sang et sur le système nerveux.

M. Renault rappelle que, dans ses premières expériences sur les animaux, il avait, comme M. Amussat, constaté que le sang artériel se transforme en sang veineux sous l'influence de l'ivresse éthérée. Mais il avait ajouté que cette circonstance lui paraissait devoir être attribuée uniquement à ce que les animaux ne respiraient point une suffisante quantité d'air, qu'ils étaient littéralement asphyxiés. Cette présomption s'est changée en certitude. Depuis qu'il a eu recours à un système d'expérimentation qui permet aux animaux de respirer librement en inhalant l'éther, il a cessé d'observer cette tranformation veineuse du sang. La seule circonstance qui mérite peut-être d'être signalée, c'est un certain degré de fluidité plus grande du sang. M. Lassaigne, qui a analysé ce sang, n'a point trouvé de modification dans sa coloration. La proportion de caillot y paraît moins grande. M. Lassaigne a, en outre, constaté une odeur prononcée d'éther dans le sang retiré pendant l'ivresse. Les seules lésions que l'on ait constatées à l'école d'Alfort sont des ecchymoses sous-pleurales, qui pénètrent à une petite profondeur dans le poumon.

M. Amussat : Il est facile de comprendre pourquoi tous les chirurgiens n'ont pas observé la différence qui existe dans la couleur du sang artériel après l'inhalation de l'éther ; car le sang devient rouge comme à l'état normal aussitôt qu'on fait respirer de l'air pur. Ainsi, le temps qui s'écoule entre le moment où cesse l'éthérisation et commence l'opération, et celui où l'on s'occupe de tordre ou de lier les vaisseaux divisés dans une amputation ou dans toute autre opération, suffit pour faire disparaître les effets de l'éther sur le sang, qui, de noir qu'il était, redevient sang rouge et rutilant. J'ajouterai que, chez les animaux, les effets de l'éther sur le sang tardent souvent à se montrer au degré nécessaire pour modifier l'état du sang, et qu'ils sont si fugaces qu'il est indispensable de laisser fonctionner l'appareil pendant tout le temps qu'on veut les observer. C'est ce qu'il serait dangereux de faire sur l'espèce humaine, bien que tous les animaux sur lesquels nous avons observé ce phénomène aient survécu à l'expérience.

La conséquence pratique à tirer de ces faits, c'est que l'insensibilité par l'éther n'étant obtenue que par suite d'une espèce d'asphyxie, il ne faut pas prolonger trop longtemps l'inhalation, et que le meilleur moyen pour détruire ses effets, c'est de faire respirer de l'air pur, qui ne tarde pas à rendre au sang ses conditions physiologiques.

M. Velpeau ne croit pas que les effets de l'éther puissent être assimilés à ceux de l'asphyxie ; il n'a rien remarqué, du moins chez les opérés, de semblable à ce que l'on a constaté chez les animaux. Quant à la variété des résultats observés et à la résistance que quelques sujets paraissent apporter à l'action de l'éther, il pense que cela dépend beaucoup plus de l'imperfection des appareils, ou de ce qu'un grand nombre de personnes ne savent point s'en servir. M. Velpeau pense, ainsi que l'a établi M. Doyère par des expériences sur lui-même, qu'il convient de ne faire d'abord que des inspirations légères et en petite quantité, afin d'habituer peu à peu les organes respiratoires à l'impression de l'éther; on évite ainsi la toux et le larmoiement qui fatiguent tant les malades; cette première impression passée, on peut respirer alors à pleins poumons. Mais, pour que ces inspirations soient efficaces, il faut que la vapeur d'éther arrive en quantité déterminée dans les poumons, qu'elle ne soit ni trop ni trop peu abondante. MM. Doyère et Bonnet ont reconnu que, pour arriver le plus sûrement et le plus rapidement possible au résultat désiré, le tube de l'instrument devrait avoir au moins le calibre de la trachée-artère ; aussi les appareils construits d'après ce principe sont-ils incontestablement les meilleurs.

M. Velpeau termine en faisant observer que, sur vingt opérations qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour avec l'aide de l'éther, il n'a eu aucun accident sérieux à déplorer.

Séance du 23 février.

Inhalations d'éther.

Réclamation de priorité. — M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le docteur Wells, qui réclame la priorité de l'invention des inhalations éthérées. (Voir notre dernier numéro, page 89.)

M. Orfila rappelle, à l'occasion de cette communication, les expériences de Vauquelin, de Davy, et celles qu'il a faites lui-même avec le protoxyde d'azote. Chez quelques-uns des sujets auxquels on a fait respirer ce gaz, il y a eu des accidents passagers, des douleurs vives dans la poitrine; chez d'autres, il n'y a eu aucun effet appréciable. M. Davy a prétendu que l'inspiration de ce gaz déterminait chez lui une gaîté extraordinaire. Quant à moi, continue M. Orfila, j'éprouvai, dès la première inspiration, des phénomènes tellement graves, que je suis persuadé que si j'avais continué longtemps à inspirer ce gaz, j'aurais fini par y succomber. En résumé, le gaz protoxyde d'azote est un gaz dangereux et dont il ne me paraît pas qu'on puisse tirer aucun parti utile.

De l'inhalation d'éther dans la pratique des accouchements. — M. P. Dubois rapporte un certain nombre de faits dont nous avons déjà rendu compte. (Voy. le dernier numéro, page 95.) Nous nous bornerons à citer ici ceux dont nous n'avons pas parlé, ainsi que les opinions qu'il n'avait pas encore émises lors de la publication de cet article.

M. P. Dubois mentionne une seconde application de forceps sous l'influence de l'inhalation de l'éther. Cette inhalation produisit une suspension des facultés intellectuelles, ou tout au moins de la faculté mémorative, sans affecter manifestement la sensibilité. L'opération provoqua de l'agitation et des cris; néanmoins la malade, quand elle revint à elle, n'en avait conservé aucun souvenir.

Chez une femme qui éprouvait des douleurs très vives qu'elle exprimait avec une grande énergie, l'éther produisit en trois minutes une insensibilité complète. Pendant ce temps, les contractions continuaient d'être très énergiques, mais en même temps tout-à-fait silencieuses. Il y avait entre l'énergie de ces contractions, que la main appliquée sur le ventre pouvait aisément apprécier, et l'impassibilité complète de cette femme, un contraste on ne peut plus frappant. L'accouchement eut lieu dans cet état. A son réveil, elle déclara n'avoir point souffert du tout.

Une autre femme en travail éprouvant de très vives douleurs, M. P. Dubois proposa l'éther qui fut adopté. En dix minutes elle fut assoupie; le sommeil et l'insensibilité furent complets. En ce moment, M. P. Dubois constata des contractions très fortes de l'utérus et des parois abdominales. L'éther ayant été continué, elle tomba dans un collapsus complet. L'enfant sortit sans qu'elle éprouvât la moindre douleur. Un fait qui n'est pas sans importance, c'est que, bien que l'accouchement eût été très prompt et que l'enfant sortît avec une grande rapidité, il n'y avait pas la plus petite lésion du périnée.

Aucune des femmes qui ont été soumises à l'éther n'a éprouvé d'accidents qui puissent être considérés comme le prolongement ou l'exagération des effets de l'éther ; aucune n'a eu de céphalagie. Deux de ces femmes ont eu une péritonite à laquelle elles ont succombé; elles n'avaient heureusement, ni l'une ni l'autre, été soumises à l'éther dans un but unique d'expérimentation ; il avait fallu recourir chez toutes deux au forceps. On n'a trouvé chez elles, à l'autopsie, que les lésions anatomiques propres à la péritonite. Il n'y avait rien dans les centres nerveux ni dans les voies respiratoires. A cette époque, d'ailleurs, il régnait une épidémie de métro-péritonites à la Matermité où ces deux femmes ont succombé.

Si l'on me demande maintenant, ajoute M. P. Dubois, ce que je pense de cette application, je dirai que je ne crois pas que, pour le présent, les inhalations d'éther soient applicables, au moins d'une manière générale, à la

pratique des accouchements. Toutes les questions qui se rattachent à ce grave sujet sont loin d'ailleurs d'être complètement résolues par ce petit nombre de faits, et tout doit engager, dans de pareilles circonstances, à la plus grande réserve et à la plus grande circonspection.(Cette communication a été accueillie par des applaudissements et des marques nombreuses d'approbation.)

M. Roux : Combien de temps l'application du forceps a-t-elle duré?

M. P. Dubois : Quatre minutes. — Et l'accouchement naturel ? — Douze minutes.

M. Velpeau : Il y a dans les conclusions de M. Dubois quelque chose qui ne me semble pas tout-à-fait d'accord avec les prémisses. Je m'attendais, après avoir entendu l'exposé des faits que M. Dubois vient de nous faire connaître, à ce qu'il allait donner le conseil de recourir à l'éthérisation lorsqu'il existe quelque obstacle à l'accouchement. M. Dubois dit que c'est là une de ces opérations non prévues auxquelles on se détermine inopinément lorsque les circonstances la réclament et qu'on n'aurait pas par conséquent les instruments nécessaires à sa disposition. Mais un accouchement n'est pas une chose imprévue, et quant à l'application du forceps, on ne s'y détermine jamais sans avoir temporisé plus ou moins longtemps. Je ne vois donc pas là une objection sérieuse contre l'emploi de l'éther. D'un autre côté, M. Dubois a dit que la résistance du périnée disparaissait comme par enchantement : n'est-ce pas là un fait qui peut être d'une grande utilité dans certaines circonstances ?

M. P. Dubois ne croit pas qu'une opération de forceps soit en général une opération assez longue ni assez douloureuse pour recourir à l'éther. S'il s'agissait d'un moyen simple, innocent, tout-à-fait sans reproche, je ne serais pas éloigné de le conseiller ; mais les appréhensions dont je vous ai fait part, et que j'avais avant ces premiers essais, bien qu'atténuées par l'expérience, ne sont cependant pas encore complètement dissipées dans mon esprit. Je ne crois pas qu'il fût prudent d'adopter cette pratique d'une manière générale; elle devra tout au plus être réservée pour des cas très exceptionnels.

M. Moreau rend hommage à la sage réserve et à la prudence avec lesquelles M. Dubois a procédé à ces expériences, et il déclare partager entièrement sa manière de voir sur tous les points.

Séance du 2 mars.

M. Gérardin demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il expose à l'Académie que les recherches auxquelles il vient de se livrer dans les registres des procès-verbaux font foi de l'idée qu'aurait eue un médecin anglais, il y a une vingtaine d'années environ, d'annihiler la douleur par un moyen analogue aux inhalations éthérées. Il résulte d'un extrait du procès-verbal de la séance du 23 septembre 1828, dont M. Gérardin donne lecture, qu'un rapport fut fait à cette époque par lui-même, devant la section de médecine, sur une lettre adressée au roi Charles X par M. Lipmann. L'auteur annonçait dans cette lettre qu'il avait trouvé un moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales : ce moyen consistait à faire pénétrer de certains gaz dans les poumons. — Sur la demande de M. Gérardin, un extrait de cette communication sera consigné au procès-verbal.

Du cathétérisme dans le traitement de la dysphagie causée par un rétrécissement simple de l'œsophage.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport sur un mémoire de M. Trousseau qui a le titre que nous venons d'indiquer.

M. le rapporteur trouve d'abord que c'est à tort que M. Trousseau semble attribuer tout l'honneur du traitement du rétrécissement de l'œsophage par le cathétérisme à M. le docteur Gendron (1). M. Dubois démontre que, dans les cas dont il s'agit, le cathétérisme est non-seulement admis depuis longtemps en principe par les chirurgiens et par les médecins eux-mêmes, mais qu'il a été nombre de fois appliqué avec succès. M. le rapporteur expose ensuite, de la manière suivante, le mode de cathétérisme employé par M. Trousseau à l'exemple de MM. Bretonneau et Gendron.

Deux fois par jour, M. Trousseau introduisait dans l'œsophage et laissait pendant quelques secondes une éponge d'un très petit calibre et enduite de glaire d'œuf; il augmentait le volume de l'éponge à mesure que le rétrécissement diminuait, jusqu'à ce que l'éponge eût le volume d'un bol alimentaire ordinaire; alors il mettait entre chaque cathétérisme l'intervalle d'un, deux, quatre ou cinq jours.

La première observation rapportée dans ce mémoire est relative à une malade traitée en 1845 par M. Bretonneau et vue par M. Trousseau; on ne signale aucune inflammation préalable, aucune espèce de tumeur; on introduit facilement des éponges. Après quinze jours, celles-ci ont le volume d'un œuf de pigeon.

En janvier 1846, M. Trousseau soumet au même traitement une dame qui, dix ans auparavant, avait eu une angine un peu violente. Le col était long et amaigri; aucune trace d'induration ou de tumeur. Une éponge qui, par la pression, se réduit au volume d'une plume d'oie, est descendue jusque dans l'estomac. Pendant quinze jours, M. Trousseau introduit ainsi des éponges; les choses n'allant pas assez vite à son gré, il essaya deux cautérisations et n'eut pas à s'en louer. Il revint au simple cathétérisme et la malade a guéri.

(1) *Voy.*, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, le remarquable travail de M. Gendron, auquel M. Trousseau avait fait allusion. (Ve année, 1er sem., p. 177 et 217.)

M. Trousseau ne se prononce pas sur la nature de ce rétrécissement; il l'appelle tout simplement un rétrécissement chronique, par opposition avec le rétrécissement qui fait l'objet de sa seconde observation et qu'il appelle un rétrécissement aigu.

Celui-ci, offert par une femme entrée récemment à l'hôpital Necker, avait succédé à une angine présentant tous les caractères de la diphthérite la plus intense. On avait fait de nombreuses cautérisations avec une solution très concentrée de nitrate d'argent et de nombreuses insufflations d'alun. Ce fut peu après que la dysphagie se prononça. Après avoir essayé en vain la belladone et quelques antispasmodiques, M. Trousseau comprit, selon son expression, la nécessité d'agir chirurgicalement, et il fit exactement pour cette malade ce qu'il avait fait pour la précédente. Dès le premier jour, les boissons passèrent avec moins de difficulté; après une semaine, la malade mangeait aisément du potage aux pâtes et des soupes. La guérison ne s'est pas démentie.

Tels sont les faits qui forment la base du mémoire de M. Trousseau. A l'exemple des chirurgiens, ce médecin rapproche les rétrécissements de l'œsophage de ceux du canal de l'urèthre. Il pousse même plus loin qu'eux ce rapprochement: comme son mode de cathétérisme ne dure que dix à quinze secondes, et qu'il le répète ainsi chaque jour avec des éponges de plus en plus volumineuses, il agit, dit-il, comme le conseillent aujourd'hui quelques chirurgiens dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. le rapporteur ne blâme pas l'auteur du mémoire d'avoir fait ce rapprochement; mais il trouve que, pour le faire plus exact, M. Trousseau aurait dû distinguer les diverses espèces de ce traitement, aussi bien ceux de l'œsophage que ceux de l'urèthre; il aurait pu dire alors d'une manière positive dans quels cas le cathétérisme instantané peut amener de bons résultats.

Ici, M. le rapporteur examine les faits de M. Gendron; il résulte de cet examen qu'il n'y a point de parité, pour l'origine des rétrécissements et la nature de l'obstacle, entre les cas de dysphagie traités par MM. Trousseau et Gendron, et ceux auxquels ont eu affaire les chirurgiens auxquels l'auteur du mémoire semble reprocher d'avoir méconnu l'utilité et l'efficacité du cathétérisme. Pour prouver, d'ailleurs, que le mode de cathétérisme proposé par M. Trousseau serait loin d'être applicable à tous les cas de rétrécissement, M. Dubois rapporte un fait qui lui est propre. Il s'agit d'une femme qui, ayant avalé par méprise de l'acide sulfurique, eut consécutivement un rétrécissement organique de l'œsophage. Après des tentatives de cathétérisme multipliées et infructueuses, M. Dubois n'y réussit qu'à l'aide d'une sonde conique résistante et d'un très petit calibre, à la faveur de laquelle il put glisser, quelque temps après, une sonde d'un plus fort calibre, et ainsi successivement jusqu'à guérison complète. Ce fait prouve, continue M. le rapporteur, qu'il est parfois nécessaire de varier les méthodes de dilatation. Bien certainement je n'aurais pu user ici de la méthode de MM. Gendron et Trousseau; il m'aurait été impossible d'introduire au début une éponge fixée au bout d'une baleine, encore moins de lui faire exécuter des mouvements de va-et-vient. Il n'est pas moins évident qu'on n'aurait pas pu vaincre cette coarctation par un cathétérisme de 12 à 14 secondes; il fallait laisser des sondes à demeure, et augmenter graduellement le calibre comme le veulent les chirurgiens.

Tout en regrettant donc que M. Trousseau eût tenu compte des exceptions, M. le rapporteur attache une haute valeur scientifique aux observations exposées dans son mémoire. Ce sont là, dit-il, de beaux succès en thérapeutique médico-chirurgicale: les malades étaient voués à une mort certaine quand M. Trousseau a entrepris leur traitement. Ce sont là des faits qui devaient être précieusement recueillis et enregistrés dans la science; M. Trousseau les a rattachés, et avec juste raison, à ceux que M. Gendron avait déjà publiés: ils sont en effet du même ordre, et tendent à corroborer ce que M. Gendron avait dit sur l'efficacité de son mode de traitement en pareil cas. Les conclusions que nous croyons devoir soumettre à l'Académie sont les suivantes:

1° Renvoyer au comité de publication le travail de M. Trousseau;

2° Adresser à ce médecin une lettre de remercîments pour sa communication.

MM. Gerdy et Cloquet reprochent également à l'auteur du mémoire de n'avoir pas assez tenu compte des diverses espèces de rétrécissements de l'œsophage. Le premier a eu à traiter un de ces rétrécissements qui a résisté à la sonde œsophagienne ainsi qu'aux sondes uréthrales, et qui n'a pu être vaincu que par une sonde d'argent conique d'un très petit volume. M. Cloquet trouve, du reste, une chose très ingénieuse dans le procédé de M. Trousseau, c'est l'emploi de la baleine flexible à laquelle est adaptée une éponge fixée par un fil.

M. Velpeau trouve aussi que la baleine dont se sert M. Tousseau a un avantage réel qu'on n'a peut-être pas assez apprécié: c'est d'offrir, à la fois, une grande flexibilité avec une résistance suffisante, conditions que l'on ne trouverait point dans une sonde du même calibre. L'éponge adaptée à cette baleine a aussi l'avantage d'amortir le choc de la baleine contre les parois de l'œsophage, et de concourir d'une manière active, par son imprégnation du liquide et par son gonflement, à dilater le rétrécissement.

M. Cloquet aurait désiré que le rapporteur insistât davantage sur le procédé opératoire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Honoré lit un rapport sur deux mémoires de M. Sandras relatifs au traitement de l'empoisonnement saturnin. Nous avons parlé de ce mémoire dans le temps. Les conclusions favorables sont adoptées.

—M. Guillon adresse l'histoire du malade affecté d'un rétrécissement fibreux de l'urèthre qu'il a présenté, après guérison, à l'Académie, le 8 décembre dernier. Cette relation a été rédigée par deux des académiciens qui ont assisté à l'opération.

Séance du 9 mars.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique.

La liste de présentation porte, par ordre de mérite :

MM. Gibert, Trousseau, Sandras, Martinet, Bayle, Legroux.

Le nombre des bulletins est de 108 ; majorité 55.

M. Gibert obtient	53	suffrages.
M. Trousseau	41	—
M. Sandras	12	—
M. Bayle	1	—
M. Legroux	1	—

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin. Il y a 110 bulletins ; majorité 56.

M. Gibert obtient	57	voix.
M. Trousseau	52	—
M. Martinet	1	—

M. Gibert, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Inhalations d'éther.

M. Bouvier fait part à l'Académie du fait suivant d'*inhalation d'éther chez une femme en couches.*

Une femme de 36 ans entra à l'hôpital Beaujon à neuf heures du matin, étant en travail depuis cinq à six heures. Les contractions utérines avaient lieu toutes les deux ou trois minutes; l'orifice était entr'ouvert ; il avait environ trois centimètres d'ouverture ; la poche des eaux commençait à saillir ; le col était en grande partie effacé, ferme et dur. C'est à ce moment, où les contractions étaient très violentes, que M. Bouvier décida cette femme à inspirer l'éther. Au bout de huit minutes, sauf quelques instants d'interruption, elle fut plongée dans le sommeil et l'insensibilité; mais, avant de s'endormir, elle éprouva une assez grande agitation. Le premier degré de l'ébriété avait été exprimé par de l'exaltation; elle resta alors immobile, insensible, et l'on remarqua dès ce moment une cessation complète des contractions utérines. Elle resta dans cet état pendant dix minutes ; durant tout ce temps, le col était devenu mou. Ces dix minutes étant écoulées, cette femme commença à éprouver de nouveau quelques tranchées, le col redevint dur ; enfin, au bout d'une demi-heure, les contractions redevinrent aussi énergiques qu'auparavant ; elle accoucha à onze heures un quart. L'accouchement fut, selon toute apparence, retardé d'une demi-heure environ par l'influence de l'éther. Celui-ci ne laissa, du reste, aucune trace de son action ; il y eut seulement une perte de sang assez abondante, mais sans suite fâcheuse.

M. Bouvier explique la contradiction apparente qu'offre ce fait avec ceux qu'ont fait connaître MM. P. Dubois et Simpson par la différence du temps ou de la période du travail durant laquelle l'inhalation a été faite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 février 1847.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse une lettre sur un nouveau mode de structure des brise-pierres ordinaires, qui en augmente la force sans en accroître le volume.

Effets physiologiques de l'inhalation d'éther.

M. Flourens lit une note sur les effets de l'inhalation d'éther sur la moelle allongée. Lorsque, dit-il, on soumet un animal à l'action de l'éther, la moelle épinière commence constamment par perdre le principe du sentiment; elle perd ensuite celui du mouvement ; enfin il arrive un moment où elle perd tout à la fois le principe du sentiment et le principe du mouvement ; et cependant l'animal continue de vivre. Comment cela peut-il se faire ? C'est ce que mes nouvelles expériences sur la moelle allongée vont expliquer.

1re *expérience, sur un chien.* Le phénomène de l'éthérisation ayant paru au bout de 35 minutes environ, on a mis à nu d'abord une portion de la moelle épinière, et ensuite la moelle allongée. On a piqué la région postérieure de la moelle épinière, on a pincé et piqué les racines postérieures : l'animal n'a rien senti. On a pincé une racine antérieure : il y a eu un léger mouvement. L'inhalation d'éther ayant été prolongée quelque minutes encore, on a pincé une nouvelle racine antérieure, et l'animal ne s'est point mû ; on a piqué et coupé les cordons antérieurs de la moelle épinière : l'animal est resté immobile. Ainsi la moelle épinière devait perdre les deux principes du sentiment et du mouvement. On a alors piqué la moelle allongée : l'animal a poussé un cri, et, en même temps qu'il poussait ce cri, il y a eu une contraction musculaire de la région cervicale.

2e *expérience, sur un chien.* L'animal paraît complètement éthérisé au bout de 25 minutes et l'on met à nu la moelle épinière ; la pression d'une racine postérieure produit une légère

douleur. L'éthérisation est encore prolongée 2 ou 3 minutes ; on pince une nouvelle racine postérieure : l'animal ne sent rien ; on pique et l'on coupe les faisceaux postérieurs : l'animal ne sent rien encore. On passe aux racines et aux faisceaux antérieurs ; on les pince, on les pique, on les coupe : l'animal reste immobile. On examine alors la moelle allongée déjà mise à nu. Le simple toucher détermine un frémissement marqué de tout l'animal, en même temps que des contractions se manifestent dans les muscles cervicaux. M. Flourens coupe la moelle allongée dans ce point déterminé qu'il appelle le nœud vital du système nerveux ; et ce qui arrive en pareil cas pour l'animal qui est dans son état ordinaire arrive de même pour l'animal qui est éthérisé, c'est-à-dire l'anéantissement soudain de tous les mouvements respiratoires, c'est-à-dire la mort subite.

La troisième expérience a donné les mêmes résultats que les deux précédentes.

La moelle épinière de l'animal perd tout principe de sentiment et de mouvement, et cependant l'animal vit encore, parce que l'action de la moelle allongée survit en lui à l'action de la moelle épinière. En d'autres termes, quand on soumet un animal à l'action de l'éther, les centres nerveux perdent successivement leurs forces dans un ordre donné ; les lobes cérébraux perdent d'abord leur force, c'est-à-dire l'intelligence ; puis le cervelet perd la sienne, c'est-à-dire l'équilibration des mouvements de locomotion ; puis la moelle épinière perd les siennes, c'est-à-dire le principe du sentiment et le principe du mouvement ; enfin la moelle allongée survit seule dans son action, et c'est pourquoi l'animal survit aussi. Avec la disparition de l'action de la moelle allongée disparaît la vie.

M. Flourens a expérimenté d'autres éthers. L'*éther chlorhydrique* agit beaucoup plus promptement que le sulfurique ; mais son action disparaît aussi bien plus vite.

Dans trois expériences successives, faites avec l'*éther nitrique*, l'animal a constamment succombé dans l'espace compris entre une et deux minutes.

L'inhalation de l'*alcool* n'a jamais rien produit de semblable au phénomène de l'éthérisation. Avec l'alcool l'animal devient ivre ; mais il ne perd jamais ni le sentiment ni le mouvement.

Ainsi l'animal perd d'abord l'intelligence et l'équilibre des mouvements ; il perd ensuite le sentiment et le mouvement. Quand il a perdu le sentiment et le mouvement, il perdrait la vie. « C'est là, dit en terminant M. Flourens, ce qu'il faudra que désormais le chirurgien ait constamment présent à l'esprit : l'éther, qui ôte la douleur, ôte aussi la vie, et l'agent nouveau que vient d'acquérir la chirurgie est à la fois merveilleux et terrible. »

Signes de la mort réelle. M. Mandl propose pour distinguer la mort apparente de la mort réelle un moyen consistant dans l'examen des phénomènes organiques, indépendants de la sensibilité, qui se produisent à la suite de la brûlure, et surtout de celle au second degré. Les résultats que M. Mandl a obtenus sont les suivants :

1° La brûlure au second degré produit une ampoule chez les êtres vivants.

2° Rien de pareil ne se voit sur le cadavre.

3° Des expériences avec l'éther lui ont permis de contater que la sensibilité n'est pour rien dans la production de cette ampoule.

L'auteur n'ose toutefois pas encore affirmer que l'ampoule se produit dans toutes les maladies, sur tous les individus. Quoique cela lui paraisse très probable, M. Mandl se propose d'envoyer plus tard un travail complet à ce sujet.

M. Serres demande, en raison de l'importance du sujet, que la communication de M. Mandl soit renvoyée à la commission désignée pour l'examen de cette question.

La note de M. Mandl est renvoyée à cette commission.

Séance du 8 mars.

Inhalations d'éther.

M. Flourens lit une nouvelle note touchant l'action de l'éther sur les centres nerveux. Dans ses nouvelles expériences sur des chiens, il a poussé l'action de l'éther jusqu'à l'extinction de la vie.

Chez le premier de ces animaux, au bout de 6 ou 7 minutes, l'éthérisation était complète. Au bout de 30 minutes, la mort paraissant imminente, on met à nu la moelle allongée. On la touche, et il y a un léger mouvement de l'animal. On la touche de nouveau, et l'animal ne bouge plus : il est déjà mort.

Les deux autres expériences ont donné les mêmes résultats.

On se rappelle que l'éther chlorhydrique a produit les mêmes effets que l'éther sulfurique. L'éther chlorhydrique a conduit M. Flourens à essayer le corps nouveau connu sous le nom de *chloroforme*. Au bout de quelques minutes, l'animal soumis à l'inhalation du chloroforme a été tout-à-fait éthérisé. Les phénomènes ont été les mêmes.

Il est impossible, ajoute M. Flourens, de voir un seul fait d'éthérisation sans être frappé de la ressemblance de ce nouveau phénomène avec le phénomène de l'asphyxie.

M. Flourens a soumis deux chiens au genre d'asphyxie le plus simple, la consommation graduelle de l'oxygène contenu dans un volume d'air atmosphérique donné. Sur ces deux chiens, l'asphyxie étant parvenue au point nécessaire, on a mis la moelle épinière à nu, et l'animal n'a rien senti ; on a piqué, pincé, coupé les parties sensoriales de cette moelle, et l'animal n'a rien senti encore ; on a piqué, on a pincé les parties motrices, et il n'y a eu que quelques faibles contractions musculaires.

Il y a donc un rapport réel, une analogie marquée entre l'éthérisation et l'asphyxie ; mais dans l'asphyxie ordinaire le système ner-

veux perd ses forces sous l'action du sang noir, du sang privé d'oxygène, et dans l'éthérisation le système nerveux perd d'abord ses forces sous l'action directe de l'agent singulier qui la détermine. C'est là qu'est la différence ; car, du reste, dans l'éthérisation et dans l'asphyxie, même perte du sentiment et du mouvement volontaire, et même persistance, du moins pour un temps, des mouvements respiratoires; en un seul mot, même survie de la moelle allongée à la moelle épinière. L'éthérisation sera venue nous donner le mécanisme profond de l'asphyxie : j'entends la mort successive des centres nerveux dans l'asphyxie.

M. Roux fait quelques observations au sujet de cette communication. Il lui a paru que chez l'homme les phénomènes de l'éthérisation ne lui présentaient pas cette régularité, cette succession constante que M. Flourens dit avoir observée dans la cessation graduelle des grandes fonctions du système nerveux chez les animaux. L'intelligence, la sensibilité et le mouvement lui ont semblé s'affaiblir et s'éteindre simultanément. M. Roux ne partage pas entièrement non plus la manière de voir de M. Flourens à l'égard de l'asphyxie et de l'assimilation qu'il a cherché à établir entre cet état et l'éthérisation. Une pareille assimilation peut d'ailleurs nuire à l'éther dans l'opinion publique.

M. Roux saisit cette occasion pour faire connaître à l'Académie un fait malheureux occasionné par l'éther, le premier qu'il ait à signaler parmi de si nombreux succès. Il s'agit d'un homme qui est entré à l'Hôtel-Dieu au quatrième jour d'une affection tétanique. La situation du malade était tellement grave, qu'il n'y avait nulle apparence qu'il pût vivre plus de vingt-quatre heures. Il crut, dans un pareille condition, devoir recourir à l'éther pour voir si, ainsi qu'on l'avait présumé, l'ivresse éthérée modifierait l'état convulsif. Le malade, après quelques minutes d'inhalation, a été plongé dans un sommeil qui a été assez prolongé ; mais la respiration, qui était déjà gênée, est devenue de plus en plus embarrassée, et le malade n'a pas tardé à succomber. M. Roux n'hésite pas à penser que l'éther, dans cette circonstance, a hâté l'instant de la mort.

Des inhalations d'éther comme moyen de reconnaître les maladies simulées. — M. Baudens signale les deux faits suivants comme démontrant tout le parti que pourront tirer de l'éther les médecins appelés à faire partie du conseil de révision.

Dans le premier, il s'agit d'un conscrit qui se présenta au conseil avec une voussure du dos des plus prononcées. La simulation ayant été soupçonnée, ce jeune soldat avait été soumis à une foule d'épreuves qui toutes avaient échoué. On l'a soumis à l'inhalation des vapeurs d'éther. Au bout de quelques minutes, tous les membres tombèrent dans un état de résolution complète, et la difformité disparut complètement. Convaincu de simulation, cet individu ne put nier plus longtemps la ruse qu'il avait employée pour obtenir son congé de réforme.

Dans le second cas, il s'agissait d'une ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale, présumée simulée. Ce sujet, soumis à l'inhalation d'éther, ne tarda pas à tomber dans le même état d'insensibilité et de résolution musculaire que le précédent ; mais l'ankylose persista avec tous ses caractères et au même degré. On fut convaincu dès cet instant que la maladie était réelle.

— M. Bourguet, chirurgien en chef à l'hôpital d'Aix, adresse une observation de luxation de l'épaule réduite avec facilité sous l'influence des inhalations d'éther, après plusieurs tentatives infructueuses de réduction par les moyens ordinaires.

Sur le chlorure de sodium comme aliment. — M. Plouviez adresse une nouvelle note dans laquelle il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le sel marin n'est pas seulement un coadjuteur à l'alimentation, mais un aliment comme le pain, la viande, etc.

2° Son emploi bien dirigé peut être d'un avantage immense pour plusieurs classes de la société chez lesquelles l'alimentation est insuffisante.

3° D'après mes observations, le sel donne encore plus de force, de vigueur, que d'embonpoint ; aussi peut-il être essentiellement utile chez les hommes chétifs, débiles, d'un mauvais tempérament.

4° Enfin, le sel donné à dose suffisante peut remplacer avantageusement une partie de la ration de la race chevaline.

Signes de la mort apparente. — M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, écrit pour réclamer la priorité d'application du moyen récemment proposé par M. Mandl pour le diagnostic de la mort réelle et de la mort apparente, savoir, la brûlure (1). Il prouve d'une manière incontestable qu'il en a parlé il y a plus de huit ans dans ses cours. Il en est d'ailleurs question dans son *Traité d'hygiène*, publié en 1845.

— M. Bouchut écrit qu'il a expérimenté le moyen indiqué par M. Mandl et plus anciennement déjà par plusieurs auteurs; ce moyen ne lui paraît pas digne de la confiance que M. Mandl lui accorde.

— M. Pappenheim adresse la première partie d'un grand travail sur l'organisation du cerveau. Cette première partie a pour objet les formations ciliaires. Sur la proposition de M. Flourens, ce travail est renvoyé au concours Montyon pour le prix de physiologie expérimentale.

(1) Voy. les précédentes expériences de M. Flourens sur l'éther, séance du 22 février.

(1) Voy. la séance du 22 février.

NOUVELLES MÉDICALES.

La commission de la Chambre des pairs chargée d'examiner le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine est composée de MM. le comte Beugnot rapporteur, Legagneur, Vincent-Saint-Laurent, Wustemberg, baron de Vandœuvre, marquis de Barthélemy et Fréteau de Pény.

— La commission permanente du Congrès médical a décidé qu'un manifeste serait rédigé et adressé aux membres de la Chambre des pairs pour leur signaler les différences qui existent entre le projet de loi et les vœux du Congrès, et qu'un exemplaire du volume contenant les actes du Congrès serait immédiatement envoyé à chacun des membres de cette association.

La même commission a été admise devant la commission de la Chambre des pairs chargée de l'examen du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

Ecoutée avec bienveillance dans cette audience qui a duré plusieurs heures, la commission permanente a annoncé, en se retirant, qu'elle avait l'intention d'adresser à la Chambre des pairs un mémoire imprimé qu'elle soumettrait à l'adhésion du corps médical.

— La commission générale de l'Association des médecins de Paris s'est assemblée sous la présidence de M. Fouquier; elle a nommé une sous-commission pour lui faire un rapport sur le projet de loi. Ce rapport sera discuté par l'Association tout entière, puis adressé à la Chambre des pairs si l'assemblée le décide.

— M. le prince de la Moskowa a déposé sur le bureau de la Chambre des pairs une pétition signée par un grand nombre de docteurs et d'élèves en médecine de la Faculté de Paris. Cette pétition a pour objet de protester contre le projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine, présenté le 15 février dernier à la Chambre des pairs.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 20 janvier, M. Jules Giraud, directeur de l'asile des aliénés de Saint-Dizier, est nommé directeur et médecin en chef de l'asile des aliénés de Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. Dagonet, dont la démission a été acceptée, et qui est nommé médecin honoraire.

— M. le professeur Ehrmann ayant donné sa démission de directeur de l'École départementale d'accouchements du Bas-Rhin, M. le préfet du département vient de nommer à sa place M. le professeur Stoltz, lequel est remplacé lui-même comme adjoint par M. le docteur Joyeux.

—M. le docteur AUCLER vient d'être nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

— Un concours pour le grade de médecin-adjoint a eu récemment lieu au Val-de-Grâce. Les candidats admis ont été classés dans l'ordre suivant : 1° M. Netter ; 2° M. Ferraton ; 3° M. Barudel.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de refuser la permutation de chaire demandée par la Faculté de Montpellier. La chaire de clinique médicale sera mise au concours.

— Dans sa séance du 30 décembre 1846, la Société de médecine de Besançon a proposé un prix de 200 fr., soit en argent, soit en une médaille d'or de même valeur, à décerner au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des affections vermineuses.

» Déterminer si les vers doivent être considérés comme cause ou comme effets des maladies dans lesquelles on les rencontre, soit pendant la vie, soit après la mort.

» Dans l'un ou l'autre cas, établir les indications spéciales qui peuvent résulter de la présence des helminthes liée à un état morbide quelconque. »

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 mars 1848, à M. Sanderet, secrétaire général de la Société. Ils ne seront point signés, mais revêtus d'une devise répétée sur un billet cacheté portant la signature et l'adresse de l'auteur.

Les membres résidants de la Société ne seront point admis au concours.

— La Société de médecine d'Athènes vient d'accorder à M. le professeur Piorry une médaille d'or et le diplôme de membre honoraire pour ses travaux sur les fièvres intermittentes et les effets du sulfate de quinine dans ces fièvres.

— Par décret impérial, S. M. Don Pedro II vient de nommer chevalier de l'ordre du Christ du Brésil M. le docteur Caffe, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Rio-Janeiro.

— Le Conseil de santé de Zurich vient d'interdire aux personnes qui pratiquent les opérations communes de la chirurgie, par exemple celles qui saignent ou arrachent les dents, l'usage de l'éther sulfurique jusqu'à nouvel ordre. L'inexpérience de ces individus a causé quelques accidents, peu graves à la vérité, mais dont il convient de prévenir le retour.

— On écrit de Damas que le choléra a fait de grands ravages sur la caravane des *haggi* (pèlerins de la Mecque). Si nous sommes bien informés, le nombre des victimes de ce terrible fléau est de plus de 30,000. La même nouvelle est arrivée par Beyrouth, Alexandrie, et plus récemment par Constantinople. Cette nouvelle est également confirmée par *l'Impartial de Smyrne.*

— M. Lacambre, docteur en médecine, homme instruit et honorable, comparaît devant le tribunal sous la prévention de détention de deux pistolets d'arçon réputés armes de guerre. Signalé comme faisant partie d'une association politique, le commissaire de police, dans une perquisition, a trouvé chez lui ces deux pistolets garnis en cuivre et les a saisis. M. Lacambre a été *arrêté et détenu préventivement pendant vingt et un jours*; l'instruction

a reconnu qu'il n'y avait pas de charges contre lui, excepté pour les deux pistolets.

A l'audience, notre confrère déclare, et trois témoins l'affirment, qu'il a acheté ces armes à l'hôtel des commissaires-priseurs; qu'elles étaient destinées à son frère, médecin dans un département, et qu'elles lui ont coûté *trois francs*; que, du reste, la vente était publique, et que s'il y a un coupable, c'est l'officier qui faisait la vente ce jour-là, puisque ces armes sont prohibées.

M. le président : Vous devez savoir que la loi interdit, par quelque moyen que ce soit, d'avoir chez soi des armes de guerre, et cette possession, d'ailleurs, semble plus grave par la nature des papiers qui ont été saisis en votre domicile. — R. Monsieur le président, si vous donnez à entendre qu'il y a quelque chose de suspect dans ces papiers, je demande qu'on les lise.

M. l'avocat du roi : Il y a une lettre qui est loin de renfermer de bons sentiments.—R. J'avais depuis longtemps adressé de nombreuses et justes réclamations à M. le ministre de l'instruction publique, réclamations toujours restées sans réponse. On m'avait menacé de m'interdire l'exercice de la médecine si je voulais pratiquer à Paris, et si vous continuez, vint-on me dire, à poursuivre le ministre de vos réclamations, on pourra vous jeter en prison où vous resterez un temps indéfini, et c'est par suite de cette menace que j'ai écrit une lettre qui était destinée à un journaliste de mes amis. D'ailleurs, cette lettre était préparée pour expliquer mon arrestation, dans le cas où elle aurait lieu. Je ne voulais pas qu'on pût croire que j'étais arrêté comme faisant partie de l'association de communistes dont on a annoncé récemment l'arrestation. Cette lettre, au surplus, n'était pas destinée à être publiée; elle n'est même pas terminée.

Dans la défense, Me Jules Favre s'est étonné qu'en présence de la déclaration du prévenu, certifiée par les témoins, le ministère public poursuive celui qui a acquis des armes dans une vente publique et qu'il laisse impuni celui qui les a vendues. Son client, au surplus, est un homme recommandable, qui a exercé pendant huit années les fonctions honorables de maître d'étude, qui a trouvé pendant ce temps la force et les moyens de se faire recevoir docteur en médecine, et qui veut aujourd'hui se créer une existence indépendante.

Malgré cette défense logique, le tribunal, faisant application de la loi du 24 mars 1834 sur les armes de guerre, a condamné M. Lacambre à huit jours de prison.

Sous l'empire de la nouvelle loi proposée, cette condamnation eût été suivie de la déclaration d'indignité de notre confrère et de l'interdiction de l'exercice de sa profession.

(*Gazette médicale.*)

— La veuve du célèbre Hahnemann a comparu dernièrement en police correctionnelle sous prévention d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quoique assistée de deux secrétaires, pourvus l'un et l'autre d'un diplôme en règle, les docteurs Crozerio et Manlius-Torquatus Delot, médecins homœopathes qui ont accepté la responsabilité de ses actes, la veuve Hahnemann a été condamnée à 100 francs d'amende et aux frais. Les considérants du jugement sont remarquables surtout en ceci qu'ils déclarent que la présence de deux médecins, eût-elle été constante, ne couvrirait pas l'illégalité, *attendu qu'ils étaient subordonnés à la prévenue, dont ils recevaient les conseils et les prescriptions, et qui dirigeait seule les consultations et la pratique en ville.*.

— *Tentative de corruption sur un médecin.* M. Magendie avait été nommé expert pour donner son avis sur la question de savoir si des sangsues vendues étaient gorgées de sang au moment de la livraison. Deux prévenus étaient en cause : MM. Vaucher et Laurens. La femme de ce dernier comparaissait dernièrement devant la police correctionnelle pour tentative de corruption sur M. Magendie, expert.

M. Magendie dépose : Le 24 janvier dernier, madame Laurens me fit une visite. Après m'avoir prié de consacrer tous mes soins à la délicate mission qui m'avait été confiée, elle se retira en laissant un petit paquet sur mon bureau. Ce paquet contenait, suivant madame Laurens, des notes à consulter sur cette affaire. Un instant après le départ de cette dame, je décachetai machinalement ce petit paquet, et j'y trouvai une lettre non signée et trois billets de banque de 1,000 francs. Je portai le tout chez le commissaire de police.

M. l'avocat du roi lit le passage suivant de la lettre non signée : « Je vous supplie que MM. Laurens et Vaucher soient renvoyés de la plainte, ce sera justice. Votre temps est précieux, je veux le rémunérer. Le souvenir de ma visite restera chez moi comme dans un tombeau. »

Madame Laurens prétend avoir commis une erreur en écrivant cette lettre; elle ne voulait pas la laisser à son adresse, et s'il s'est trouvé trois billets de 1,000 fr., c'est qu'ils étaient à son insu dans l'enveloppe; enfin si elle a déposé le tout sur le bureau, c'est par l'effet d'un mouvement machinal.

Le tribunal n'a pas admis cette défense, et a condamné la dame Laurens à un mois de prison, 300 francs d'amende, et, en outre, a confisqué les 3,000 francs au profit des hospices.

Nécrologie.

M. le docteur Léon Auvity est mort subitement dans sa voiture le 24 mars dernier. M. Auvity était officier de la Légion-d'Honneur, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés et chirurgien-major de la garde municipale.

—M. le docteur Cottereau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir. On sait la position que ce médecin avait acceptée auprès de M. Raspail. On assure qu'il n'a voulu recevoir d'autres soins que ceux de la médecine à laquelle il s'était associé.

EXPOSÉ DES MOTIFS

DU

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE

ET

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE,

PRÉSENTÉ A LA CHAMBRE DES PAIRS

LE 15 FÉVRIER 1847 (1).

Malgré l'étendue de l'*exposé des motifs* du projet de loi présenté par M. le ministre de l'instruction publique à la Chambre des pairs, nous croyons devoir donner ce document dans son entier. Car cet exposé des motifs sera, aussi bien que le projet lui-même, la base des discussions parlementaires qui vont avoir lieu et de l'examen critique auquel se livre la presse médicale.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Le projet de loi que nous avons l'honneur de vous présenter, par les ordres du roi, répond à une longue attente : il a pour but de satisfaire à des intérêts aussi considérables que divers ; il règle l'enseignement et l'exercice de la médecine, et de toutes les branches de l'art de guérir, dans le royaume.

On peut dire que ces questions étaient pendantes depuis vingt-cinq années. La Chambre des pairs n'a pas perdu le souvenir des importants débats que des propositions de loi, réitérées sous la Restauration, suscitèrent à deux reprises (en 1825 et en 1826) dans son sein. Depuis lors, ces questions n'ont pas cessé d'être à l'étude dans le corps médical, dans les Facultés, dans les compagnies savantes, dans les académies spéciales et les commissions officielles, dans l'Université, dans le gouvernement.

L'opinion publique n'a jamais cessé non plus de réclamer, par tous ses organes réguliers, par les journaux, par les pétitions, par l'initiative parlementaire, par les commissions des deux Chambres, la révision de la législation existante. D'importants travaux ont été préparés dans ce but par l'administration. En 1838, un projet de loi, concerté après de mûres délibérations avec une commission considérable par le nombre et les lumières, était terminé, et il allait être présenté à cette Chambre à l'instant même où les affaires passèrent en d'autres mains. Sous des auspices nouveaux, les matériaux d'un nouveau travail furent préparés avec une sollicitude dont le ministère de l'instruction publique conserve des traces précieuses. Cependant le besoin de résoudre des problèmes dont le temps fait de plus en plus sentir la gravité préoccupait chaque jour davantage tous les esprits. La préoccupation était également vive au sein du corps médical et dans la société même. Le mal s'aggravait par les discussions publiques, multipliées, incessantes, qui frappaient de provisoire toutes les institutions établies, et de discrédit toutes les situations faites, sans rien fixer et rien résoudre. Enfin une manifestation éclatante, observée avec soin par le ministère compétent, comme l'une des représentations d'intérêts spéciaux les plus importantes et les plus nombreuses qui se soient vues dans notre pays, révéla tout ce qu'un corps qui tient dans la société tant de place, et y exerce une si naturelle influence, renfermait de malaise, de lumières et de sagesse. Le Congrès médical honora les professions qui y étaient rassemblées par l'importance de ses délibérations, par leur éclat et par leur gravité. Il reçut de la bouche du ministre du roi la promesse d'une solution complète et prochaine. Le gouvernement du roi tient aujourd'hui la promesse qu'il fit alors.

Le ministère de l'agriculture et du commerce a préparé, sur une partie importante de ce service, l'exercice de la pharmacie, une loi qui ne tardera pas à être présentée aux Chambres. Une institution nouvelle établie récemment au ministère de l'instruction publique, et placée dans l'Université entre les intérêts médicaux et le conseil royal, la haute commission des études médicales, dans laquelle siégent les maîtres de la science dans tout le royaume, a prêté à l'administration, par les délibérations les plus prolongées et les plus approfondies, l'assistance

(1) Voyez le texte même du projet de loi dans notre dernier n°.

de ses vives lumières. Le conseil royal nous offrait le concours de l'esprit ferme et éminent qui a contribué si puissamment, dans ces dernières années, aux progrès de l'organisation et de l'enseignement de la médecine parmi nous. Enfin, dans une longue étude des vœux du Congrès et des éléments de la question, nous nous sommes attachés à satisfaire tous les intérêts et à régler tous les droits. Tel est le but du projet de loi qui vous est soumis.

L'origine de la constitution actuelle du corps médical explique suffisamment les vices que le temps y a révélés. La révolution ne détruisit pas seulement les institutions sociales et politiques; tous les corps chargés de dispenser l'enseignement périrent à la fois sous sa main, toutes les écoles, toutes les académies, tous les laboratoires, tous les musées furent détruits. Les méthodes et les traditions eurent la même fortune. Si l'Assemblée constituante, à l'origine de cette période de rénovation sans exemple parmi les hommes, avait posé quelques règles nouvelles, quelques principes jusque-là ignorés qui devaient être la loi souveraine de l'avenir, cet avenir était loin encore, et, en attendant, une génération tout entière eut ce spectacle qui n'avait jamais été donné dans le monde, et qui, sans doute, ne se reproduira pas, d'une abolition totale et absolue des éléments d'instruction pour tout un peuple. Dans l'ordre des sciences médicales, l'ancien régime comptait dix-huit Facultés de médecine, parmi lesquelles celles de Paris, Montpellier, Toulouse, Besançon, Rennes, Caen, Perpignan, avaient une grande renommée, et quinze colléges ou corporations de médecine, et un plus grand nombre de colléges et de communautés de chirurgie. Tout cela tomba, enveloppé dans la tourmente du 10 août, le lendemain de la chute du trône, et pour ainsi dire du même coup : le décret du 16 août 1792 supprima à la fois toutes les universités, toutes les facultés, toutes les corporations savantes. Tous les instruments par lesquels se transmet de génération en génération l'instruction d'un peuple, tous les foyers qui conservent et entretiennent, dans l'intérêt de l'âge futur, les lumières de l'âge précédent, se trouvèrent brisés. Quand le génie de l'ordre, sous l'une des formes les plus puissantes qu'il ait manifestées jamais parmi les hommes, voulut reconstituer, en fait de science comme pour tout le reste, il ne trouva que des ruines. La main de Napoléon s'attacha à rassembler ces ruines, à les édifier, à les rendre vivantes.

Déjà, après trois années de cet étrange état de choses, la Convention, dans ce retour sur elle-même qui lui fit créer les Écoles centrales et l'Institut, avait rassemblé, pour donner des médecins et des chirurgiens à nos armées, trois cents jeunes gens levés sur toute la face du territoire, dans trois écoles de santé, Paris, Montpellier, Strasbourg, où des études leur étaient offertes, où des commissions devaient leur être données. La loi consulaire du 11 floréal an x (1er mai 1802), en constituant tous les ordres d'instruction nationale sur une base commune, et posant ainsi la première pierre de l'Université de France, ne changea rien à cette organisation partielle et incomplète de l'enseignement médical, sauf que trois nouvelles écoles de santé pour les annexes nouvelles de la France, Turin, Mayence et Bruxelles, étaient instituées. Mais l'esprit même qui avait présidé aux destinées politiques était changé; le génie qui fonde se faisait sentir partout; une législation médicale, appropriée aux besoins nouveaux autant que l'état présent pouvait le permettre, était préparée. Fourcroy, en présentant la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), s'exprimait ainsi sur l'état présent auquel il voulait porter remède :

« Depuis le décret du 18 août 1792, qui a supprimé les universités et les corporations savantes, il n'y a plus de réceptions régulières de médecins ni de chirurgiens. L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation. Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont pas la moindre notion. Presque partout on accorde des patentes également aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi. Aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée. Ceux qui étudient depuis sept ans et demi dans les trois écoles de médecine instituées par la loi du 14 frimaire an III peuvent à peine constater les connaissances qu'ils ont acquises et se distinguer des prétendus guérisseurs qu'on voit de toutes parts. Les campagnes et les villes sont également infectées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. Les pratiques les plus meurtrières ont pris la place des principes de l'art des accouchements. Des rebouteurs et des méges impudents abusent du titre d'officier de santé pour couvrir leur ignorance et leur avidité. Jamais la foule des remèdes secrets, toujours si dangereux, n'a été aussi nombreuse que depuis l'époque de la suppression des facultés de médecine. Le mal est si grave et si multiplié, que beaucoup de préfets ont cherché les moyens d'y remédier en instituant des espèces de jurys chargés d'examiner les hommes qui veulent exercer l'art de guérir dans leurs départements. Mais cette institution départementale, outre qu'elle a le grave inconvénient d'admettre une diversité fâcheuse de mesures administratives, ouvre la porte à de nouveaux abus, nés de la facilité trop grande ou de trop peu de sévérité des examens, et quelquefois d'une source encore plus impure. Le ministre de l'intérieur s'est vu forcé de casser des arrêtés de plusieurs préfets relatifs à ces espèces de réceptions souvent aussi abusives qu'elles sont irrégulières. Il est donc pressant, pour détruire tous ces maux à la fois, d'organiser un mode uniforme et régulier d'examens et de réceptions pour ceux qui se destinent à soigner des malades.»

En conséquence, ce qu'on trouva d'hommes expérimentés et capables dans l'ancien régime, ceux que l'ancien régime avait formés, furent appelés à rendre des Écoles de médecine véritables à la France. On donna pour dotation à ces Écoles le produit des frais d'examen et de diplôme qu'on institua; on rétablit le grade, le titre et les épreuves du doctorat; on eut soin de n'imposer à la jeunesse que l'on conviait à la poursuite de ce titre antique et nouveau qu'un cours d'études de quatres années, de n'exiger d'elle ni épreuves littéraires ni épreuves scientifiques; et cependant, voulant des études sérieuses, on prescrivit que sur cinq examens deux fussent soutenus en latin. Aussi reconnut-on l'impossibilité, dans l'état illettré de la société, de donner promptement en nombre suffisant à la santé publique quelques dignes gardiens d'un tel dépôt. Il fallait à tout prix des médecins. Le législateur le demanda à un ordre d'étudiants, et par suite de praticiens, inférieur à celui-là, pris moins haut dans l'échelle des études, du rang et de la fortune, faits plus vite et à moins de frais, admis à exercer le même ministère, mais à des conditions moins élevées, dispensés de suivre les Ecoles, et cependant investis du droit de disposer de

la vie des hommes; ce furent les officiers de santé qui existent aujourd'hui encore. Aucune étude littéraire n'était exigée d'eux, aucune étude médicale ne leur fut même imposée. Six années de travail chez un docteur, sans justification sérieuse, ou bien cinq de pratique dans les hôpitaux, deux examens devant un jury institué dans chaque département, et 200 fr. de frais de réception et de diplôme, furent tout ce que la loi se sentit, dans l'état barbare dont on sortait à peine, la puissance d'obtenir. La loi marqua l'infériorité de ce second ordre de praticiens en les circonscrivant dans les départements où ils avaient été reçus, et en leur interdisant les grandes opérations chirurgicales, sans prendre, du reste, aucune précaution pour assurer l'observance de ses prescriptions.

Le corps médical se constitua donc en deux ordres profondément distincts par la fortune, l'éducation, les études spéciales, le ministère même. Le premier, dont les études étaient réelles, mais trop courtes encore et insuffisantes; le second, qui, en réalité, n'avait point d'études. Hâtons-nous de le dire, les officiers de santé ont généralement éprouvé le besoin de corriger, par les observations consciencieuses et persévérantes de la pratique, les vices d'une éducation première incomplète et d'une instruction doctrinale impuissante. Nombre d'entre eux sont parvenus, à force de travail, à force de dévouement pour les intérêts de l'humanité, à relever leur profession dans le sentiment public, à mériter d'être confondus, comme ils y ont tendu toujours, avec la partie élevée et essentielle du corps médical. Mais ce qui est vrai aussi, c'est que cette confusion a fait peser sur le corps tout entier de la médecine française les reproches qui étaient justement adressés à la constitution des officiers de santé. Le corps est resté ainsi déprécié dans la considération et dans la confiance publique par des causes plus fortes que lui. Les efforts constants de toutes les administrations pour élever le niveau de son instruction par les conditions d'études imposées aux élèves des Facultés ont trouvé un obstacle insurmontable dans les facilités que présentaient de toutes parts aux études incomplètes les jurys médicaux, et dans la confusion qu'entretenait l'uniformité des travaux, en dépit de la diversité des origines; car, si la législation avait essayé de marquer les officiers de santé d'un sceau particulier par ses interdictions, ces dispositions, très difficilement observées, ne font que constater l'inégalité d'hommes qui ont la même pratique, qui se partagent la même clientèle, qui exercent sur la société la même influence et s'y reconnaissent les mêmes devoirs. Cet état de choses, si vicieux en principe, l'a été davantage dans le fait, parce que si les officiers de santé se confondent avec les médecins, la législation n'a pas pris de précautions suffisantes pour empêcher les uns et les autres de se confondre avec la foule des empiriques et des praticiens prétendus de tout ordre, qui, la plupart du temps, sans titre aucun, souvent en prenant hardiment les titres d'officiers de santé ou de docteurs, se sont saisis du droit d'administrer les intérêts les plus chers à l'État et à la famille, ceux de la vie humaine.

L'organisation de la pharmacie et de son enseignement, celle de toutes les branches de l'art médical, ont reposé sur les mêmes principes : d'une part, deux classes de praticiens, c'est-à-dire deux ordres d'enseignement et de conditions d'exercice; d'autre part, pour le premier ordre lui-même, complète insuffisance d'études et de garanties : telle était la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), qui, après quarante-cinq ans, nous régit encore.

Il est manifeste que cette loi, comme tous les grands actes de la Restauration consulaire, avait un caractère essentiellement transitoire. Elle était une réaction heureuse de l'esprit d'ordre et de prévoyance contre la nécessité des temps; mais cette nécessité, à son tour, avait imposé son joug à la législation. L'organisation qu'on vient de rappeler, bonne pour l'état violent et passager de la société d'alors, ne peut pas convenir à l'état actuel des esprits, à la répartition présente des lumières et des garanties au sein de la société française. Il n'y a plus équilibre entre la constitution des professions médicales et la mission qu'elles remplissent, entre le rang qu'elles occupent ou doivent occuper au milieu de nous et l'instruction qui leur est donnée.

Ce n'est pas que, depuis la création de l'Université et la large place qui a été donnée à l'enseignement de la médecine dans son sein, cette grande institution n'ait tendu avec une constante application et un constant succès à relever la médecine française en relevant l'enseignement, en multipliant les moyens d'instruction, en y ajoutant des conditions d'études de plus en plus nombreuses et sévères, en introduisant dans les Facultés une discipline intérieure qui a donné toute sécurité à l'État et aux familles sur les résultats de ce solide enseignement. Le baccalauréat ès lettres a été exigé de tous les aspirants au doctorat depuis 1823; le baccalauréat ès sciences, depuis la même époque. La pharmacie a vu s'accomplir dans son sein les mêmes réformes et les mêmes progrès; elle s'est attachée à marcher du même pas que la médecine, et y est parvenue. Les écoles spéciales, ainsi que les Facultés, n'ont pas seules participé à ce travail uniforme et incessant d'amélioration. Vingt écoles secondaires de médecine et de pharmacie, instituées depuis 1820, développées et affermies par les règlements de 1837, élevées avec raison, par l'ordonnance de 1840, au rang d'écoles préparatoires, et par-là introduites dans l'enseignement supérieur, ont contribué, comme autant de foyers scientifiques, à ranimer, dans les vingt chefs-lieux de département qui les possèdent, les études sérieuses de tout ordre.

Placées en même temps à la proximité des familles et des hôpitaux pour détourner vers l'enseignement doctrinal la jeunesse que des facilités plus grandes entraînaient vers le corps des officiers de santé, elles ont été perfectionnant chaque jour leur organisation, leurs moyens matériels, leurs méthodes, leurs règlements, et plusieurs sont parvenues à donner une instruction solide, et à servir efficacement de pépinières à nos Facultés. Mais toutes les réformes accomplies par l'Université sur elle-même n'ont fait que mieux mesurer les obstacles que lui oppose la législation existante. Cet état de choses, aggravé par les discussions mêmes qu'il a suscitées, doit avoir enfin un terme. Il faut que tous les membres du corps médical, quelle que soit la diversité de leur situation et de leur ministère, quelle que fût la différence de rang et d'instruction qu'on croirait devoir y maintenir entre ceux qui remplissent les mêmes fonctions, justifient à un égal degré des connaissances que ces fonctions exigent, donnent à l'ordre moral des garanties égales, jouissent tous de la même considération. Toutes les branches de l'enseignement, toute l'organisation diverse des écoles qui le distribuent, appellent aussi des réformes et des perfectionnements. Rien n'est plus digne de la sollicitude des pouvoirs publics,

car il s'agit d'un service qui touche, par chacune de ses branches, à tous les intérêts domestiques et moraux de la famille, en même temps qu'à tous les intérêts scientifiques et matériels de la société.

La Chambre des pairs nous permettra d'insister sur ce point. Le médecin a trois caractères différents : le premier de tous, ou du moins le plus apparent, le plus sensible, est celui qui consiste dans le dépôt de tous les intérêts de la santé humaine; et sous ce rapport il a deux ministères distincts et considérables tous deux. Ce n'est pas seulement l'hygiène privée qui est confiée à sa redoutable assistance ; c'est aussi l'hygiène publique. D'un côté, il répond à la famille de ce qu'elle a de plus cher, la santé et la vie de l'enfant, la force de l'adulte, le calme du vieillard, le salut de la femme, dans toutes les épreuves par lesquelles la Providence fait passer cette sensible et fragile organisation. Ce sont là les biens que chacun demande à la médecine et à toutes les ramifications de l'art qui s'y rattachent. D'un autre côté, la société ne lui demande pas avec moins de sollicitude d'étudier et de connaître les causes qui agissent sur l'état physique et par-là sur l'état moral des populations, les moyens de résister aux forces délétères, les ressources dont l'administration peut s'armer contre les fléaux qui ajoutent aux misères déjà si nombreuses dont il a plu à la divine Providence d'affecter l'individu : celles qui affectent tout-à-coup ou bien d'une manière permanente certaines régions, certains climats, ou même tout un ordre de régions, de climats, de populations. Et ce n'est pas tout ; l'administration n'attend pas seule le concours du médecin, la justice aussi compte sur lui pour éclairer sa marche, pour découvrir et constater, jusque dans les secrets les plus intimes de l'organisation humaine, la trace du crime, sa trace restée vivante au milieu de la nature morte, sa part dans les souffrances mystérieuses de victimes qui ne se croient que sous le poids de la maladie, et qui succombent à d'invisibles attentats ; et l'on sait combien de fois la déclaration de ce témoin unique, de ce révélateur inattendu, qui n'a pour garants que son savoir et sa conscience, a déterminé la conviction du juge ou celle de l'opinion, et dirigé la sévérité de la loi.

Voilà le médecin proprement dit, dans l'acception étroite du mot et de la mission ; voilà ce qu'il est pour le législateur dans le simple exercice et dans les limites restreintes de son ministère. Mais il y a autre chose en lui : il y a le savant qui n'a pu parvenir au droit de pratiquer ce ministère périlleux et multiple que par de longues épreuves, de nombreuses études, des garanties pédagogiques de toute nature. Le médecin est le seul serviteur public à qui l'État impose la sanction d'un triple diplôme universitaire : on le veut gradué dans les lettres, gradué dans les sciences, gradué dans la médecine, et l'on a raison ; car il faut que par ses lumières il soit au niveau de toutes les classes de la société, puisqu'il a sur toutes une action égale. Il faut qu'il sache puiser la science à toutes ses sources et la suivre par la connaissance des auteurs dans toutes les vicissitudes qui ont caractérisé sa marche; toutes les sciences naturelles lui sont nécessaires pour trouver dans les forces de la nature celles qu'il peut opposer au mal avec lequel il est aux prises. Sa vie doit être une continuelle étude, mais dont il fasse profiter la science elle-même par ses observations, ses mémoires, ses travaux de tout ordre, et la communication qu'il en donne aux corps savants institués pour enregistrer, coordonner et provoquer toutes les découvertes.

Enfin, le médecin a un troisième caractère, le plus essentiel de tous aux yeux d'une société bien ordonnée, il est l'assistant obligé, perpétuel et intime du père de famille, du mari, de la mère pour la garde de tous les dépôts les plus chers à leurs affections et à leur honneur : la famille lui est ouverte à toutes les heures, elle n'a pas de secret pour lui, elle n'a pas de refuge contre lui. La société, en constituant le corps médical, est tenue de prendre toutes ses sûretés à l'égard de chacun de ses membres ; la loi, par son intervention nécessaire, accepte le devoir de répondre de chacun d'eux ; elle doit vouloir toutes les garanties pour s'assurer que le dépositaire de ce sacerdoce intime, de cette magistrature domestique et universelle, n'est pas seulement un gradué, n'est pas seulement un savant, mais que de plus c'est un honnête homme.

Tel est l'esprit dans lequel est rédigée la législation nouvelle ; il se retrouve dans toutes les parties de la loi ; il est applicable, à des degrés différents, à toutes les parties du service dont nous voulons organiser l'enseignement et la pratique. Nous sommes assurés que la noble Chambre s'associera sous ce rapport à nos vues, car, outre que cette manière de comprendre la tâche du législateur dans cette matière est fondée sur un sentiment vrai des choses, les pairs du royaume savent comme nous que le plus sûr moyen d'élever les hommes et les professions, c'est de les estimer.

La loi se divise en six titres :

Le premier traite des conditions d'exercice de la médecine ;

Le deuxième, des conditions d'études ;

Le troisième, de l'enseignement de la médecine ;

Le quatrième, des élèves boursiers et médecins cantonaux ;

Le cinquième, de l'enseignement de la pharmacie et des conditions d'études ;

Le sixième, des conseils médicaux.

Deux autres titres traitaient, l'un des sages-femmes, l'autre des professions spéciales. Les dispositions qu'ils renfermaient tous deux sont les compléments nécessaires de la nouvelle législation. Il y a dans la société une foule de professions qui tiennent de près à la pratique de la médecine, qui sont la médecine ou la chirurgie appliquée à une partie de la santé humaine, et peuvent exercer une influence désastreuse sur la santé générale ou sur la vie même, sans que ces professions offrent des garanties régulières et soient reconnues par la loi. Les unes doivent être absolument interdites, d'autres peuvent être tolérées avec de sages tempéraments. L'institution nécessaire des sages-femmes demande dans son enseignement et dans son organisation des développements attendus dès longtemps. Il nous a paru que cet ensemble de dispositions pouvait être utilement renvoyé au règlement d'administration publique, que la loi ne pouvait entrer dans ces détails, qu'elle devait les renvoyer à l'administration éclairée par les profondes délibérations du conseil d'État, et se renfermer dans la limite des principes généraux que la loi même a posés. Dans la même pensée, nous avons renvoyé, dans toutes les parties de la loi, aux règlements délibérés en conseil royal de l'Université, toutes les dispositions qui pouvaient entrer à la fois dans la compétence du règlement et dans celle de l'Université.

La Chambre des pairs approuvera sûrement cette application des principes essentiels sur lesquels re-

pose notre ordre politique. Le législateur ne peut utilement poser que les principes généraux, et peut-être pourrait-on nous reprocher d'avoir fait trop grande la part du pouvoir législatif, si les matières sur lesquelles statue une loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine n'étaient si multipliées, si délicates, liées à tant d'intérêts et de droits civils, que cette loi ne saurait être à la fois brève et complète.

Nous passons à l'examen rapide des questions principales qu'elle soulève.

TITRE Ier.

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

La question fondamentale de ce titre et de la loi toute entière est celle des deux ordres de médecins. Que le deuxième ordre, que les officiers de santé ne puissent être maintenus dans les conditions d'études, ou plutôt avec l'absence d'études réelles qui existe depuis quarante ans, ce point ne fait doute pour personne. Personne ne peut vouloir et ne veut le maintien d'un état de choses qui ne fait naître qu'une pensée, la surprise que, d'examen en examen et d'essai en essai, il ait pu durer près de cinquante ans.

Personne non plus ne prétend que le degré supérieur qui existe aujourd'hui, que le corps des docteurs reçoive, avec les quatre années d'études que le doctorat exige, l'enseignement doctrinal et pratique tout ensemble que ce titre comporte. Tout le monde reconnaît que ces limites étroites de l'enseignement, établies par la loi du 10 mars 1803, furent une nécessité des temps, qu'elles ne sont plus en harmonie avec l'état des lumières et de l'instruction dans la société; qu'elles sont en désaccord avec les exigences de l'enseignement médical dans presque tous les Etats de l'Europe; qu'elles compromettent sérieusement les intérêts de la santé publique; qu'il est indispensable d'exiger à l'avenir de nos aspirants au doctorat cinq années d'études affermies par un ensemble de cours, de répétitions et d'épreuves, qui donnent d'égales garanties à l'Etat et à la famille sur les fruits qu'on en doit attendre. Mais ces deux points convenus laissent subsister la question même, celle des deux ordres de praticiens, question controversée depuis un demi-siècle, débattue en sens contraire sous l'autorité des deux plus grands noms, traitée à la tribune de la Chambre des pairs par l'illustre Cuvier à un point de vue opposé à celui que nous adoptons; question, il faut le dire, que le temps a simplifiée et mûrie; que les quinze cents membres du Congrès médical ont tranchée à l'unanimité après une éclatante discussion dans le sens de l'ordre unique, et que nous proposons de résoudre dans le même sens, convaincus que l'état des esprits, l'état des lois, l'état des faits, la force des choses enfin, n'en permettent aucun autre.

Plusieurs systèmes mixtes se sont produits dans ces longs débats. On proposait d'élever les conditions d'études littéraires et médicales des officiers de santé. On allait jusqu'à vouloir pour eux des inscriptions dans les Ecoles régulières ou dans les Facultés, les épreuves devant ces juges compétents et sévères, le grade même de licencié. D'autre part, on parlait de réserver au doctorat des avantages spéciaux, le droit exclusif, par exemple, à toutes les fonctions médicales dont l'Etat dispose, de sorte que les deux ordres, égaux devant les citoyens, pouvant être également appelés par la famille, ne seraient inégaux que devant l'autorité publique. Les faveurs dont elle dispose, les charges médicales qu'elle confère dans les établissements de tout ordre, seraient un motif déterminant à poursuivre encore le doctorat; car c'est là le vice essentiel de la division du corps médical en deux branches distinctes, que si on reconnaît à l'officier de santé tous les droits de docteur, on s'expose à n'avoir plus de docteurs, c'est-à-dire plus de médecins ayant fait des études sérieuses et donné des garanties réelles; et que si on joint à l'inégalité d'études, ce qui est légitime, l'inégalité des droits; si, comme on l'a proposé quelquefois, on substitue aux restrictions complètement illusoires de la loi actuelle l'interdiction, par exemple, d'exercer dans les villes, l'obligation de se consacrer uniquement au séjour des campagnes et au service des classes laborieuses et pauvres, on s'expose à n'avoir plus d'officiers de santé, pour peu qu'on exige une instruction prolongée et sérieuse; ou, si on n'a pas d'exigence, à soulever tous les sentiments d'humanité impartiale que l'esprit d'égalité, l'esprit de religion et le génie entier de nos lois a heureusement fait passer dans toutes les habitudes, et on dirait presque dans tous les préjugés de la société française.

Il est un point que personne ne peut méconnaître. Personne ne conseillera de dire, personne ne consentira à écrire dans la loi qu'il y a deux sortes de santés et de vies humaines; qu'il y a des classes de la population dont les maladies, dont les infirmités et les misères doivent se passer de secours expérimentés et instruits; que pour le pauvre des villes, que pour l'habitant des campagnes, il suffit d'un médecin qui ne sait pas, qui n'a pas étudié, qui ne s'est pas préparé par la connaissance théorique et pratique de la science à l'exercice d'un ministère qui dispose de la vie des hommes.

On veut donc des études, de l'instruction, un enseignement sérieux. Mais alors où fixera-t-on la limite? Outre que le départ des connaissances nécessaires et de la science de luxe est difficile à faire; que les hommes les plus éminents et les plus compétents échouent dans la tentative d'arrêter ce programme, d'écarter du catalogue des maladies celles que ne saura pas traiter le médecin de nos campagnes, et du catalogue des études celles auxquelles il sera étranger, toutes distinctions posées soulèvent cette difficulté qui est la question même; si vous abaissez la limite, vous faites des médecins ignares et dangereux; et si vous joignez à cette condition celle de n'exercer que dans certains lieux et pour certaines classes, vous rencontrez toutes les résistances du sentiment public. Si, au contraire, vous placez haut les conditions de savoir et les garanties, les familles n'ont plus intérêt à détourner vers le second ordre l'esprit et la vocation des jeunes gens. On exige d'elles des sacrifices qui ne sont pas assez différents de ceux qui suffisent pour frayer l'accès au premier ordre. L'équilibre est rompu entre les dépenses du père et les perspectives du fils. Du moment, par exemple, que, par la distinction du licencié et du docteur, vous vous bornez à demander une année d'études de plus, toutes les familles se résigneront à cette année de plus pour s'assurer tous les avantages qu'elle promet à leur naturelle ambition; et si, pour éviter cette conséquence certaine, vous donnez au licencié les mêmes droits qu'au docteur, si l'un et l'autre peuvent desservir la ville et la campagne, se disputer la même clientèle, se confondre de tous points, être de tous points égaux, le doctorat n'est plus qu'un titre vain, il n'y aura plus que les aspirants au professorat qui y prétendront.

Ainsi, l'examen attentif de la question conduit à reconnaître qu'on ne peut élever l'instruction des officiers de santé sans arriver par le fait à un seul ordre de praticiens ; que le fait produirait ce que le législateur aurait hésité à vouloir et à proclamer ; que seulement on aurait des difficultés d'exécution, un abaissement général de la profession médicale, un abaissement des conditions scientifiques qui ne serait compensé pour la société par aucun soulagement réel. Ainsi, on est forcément entraîné à admettre comme base de la législation le principe général et fécond de l'ordre unique, principe qui donne au corps médical une heureuse et utile unité ; principe qui permet d'exiger de tous ses membres la mesure d'instruction voulue par la mission qu'ils doivent remplir ; principe qui respecte le plus profond et le plus intime des sentiments de notre temps et de notre pays, en donnant pour base à notre organisation médicale tout entière la déclaration que, quels que soient les rangs et les fortunes, tous les intérêts de la santé humaine sont égaux devant la loi. Cette solution ne peut être contestée évidemment qu'à un seul point de vue, au point de vue de la constitution du corps médical, de l'organisation des écoles et des études, des principes généraux de notre législation et de notre société. Il n'y a point de doute, tout est avantage. Mais dans ces termes, trouvera-t-on des médecins pour nos campagnes? Les hommes qui auront fait les études et les sacrifices nécessaires pour parcourir le cercle entier des connaissances médicales, pour s'investir de ce grade élevé du doctorat, consentiront-ils à desservir les parties incultes et pauvres de notre population, à habiter des lieux sans ressource d'esprit ni de fortune, à enfouir leurs titres, leurs lumières, leur ambition légitime, dans des contrées où tout cela sera perdu et stérile?

Voilà l'objection, elle est unique, elle est puissante ; elle ne nous a point arrêtés.

En point de fait aujourd'hui, dans l'état présent des choses, il y a des docteurs dans les campagnes quelquefois des départements les plus pauvres et les plus reculés, et des officiers de santé dans les villes les plus populeuses et les plus opulentes. Il n'y aurait donc qu'une prescription formelle de la loi qui pourrait assurer aux docteurs le domaine exclusif des villes, tenir les officiers de santé, de quelque nom qu'on les appelle, circonscrits et captifs dans les campagnes. Or, cela, nous le tenons pour impossible.

La population médicale du royaume paraît s'élever à environ vingt mille praticiens, ce qui donne à peu près un médecin par 1,750 habitants, mais répartis de la façon la plus inégale sur la surface du territoire, à ce point qu'il est des départements où la proportion est à peine de 1 sur 6,000, répartis inégalement, sans qu'on puisse assigner à cette inégalité des causes appréciables. On est surpris de voir les départements des Basses-Alpes, des Landes, des Hautes-Pyrénées, figurer parmi les plus favorisés, et approcher, sous ce rapport, du département de la Seine et de la ville de Paris même, tandis que les départements si riches et si populeux de la Manche, de la Meurthe, de la Moselle, figurent à l'autre extrémité de l'échelle. Sur l'ensemble de la population médicale, on compte près de 12,000 docteurs contre plus de 8,000 officiers de santé, et ce ne sont pas les départements pauvres, ceux dont la population offre aux médecins les perspectives les moins favorables, qui attirent en plus grand nombre les praticiens de second ordre, et l'on remarque que dans les départements de l'Aisne, de l'Aude, des Bouches-du-Rhône, de la Charente, des Côtes-du-Nord, de la Dordogne, de la Haute-Garonne, d'Ille-et-Vilaine, du Nord, du Pas-de-Calais, des Hautes-Pyrénées, des Pyrénées-Orientales, de la Seine-Inférieure, de l'Yonne, enfin, les officiers de santé l'emportent quelquefois de plus du double sur les docteurs, tandis qu'ils sont loin de constituer le chiffre élevé de la population médicale que nous avons signalé dans le département des Basses-Alpes, que nous aurions pu signaler dans le Gers ou dans le Var ; car dans ces départements on compte jusqu'à deux ou trois docteurs contre un officier de santé.

Cet état de choses démontre que, sous l'empire d'une organisation où les familles avaient tout à gagner à diriger leurs enfants vers le second degré plutôt que vers le premier, le premier l'a emporté de beaucoup dans leur légitime préférence, bien que les chances d'avenir, les perspectives de fortune fussent presque égales. D'où l'on peut conclure que, lorsque le choix ne leur sera pas laissé, lorsqu'elles ne seront pas sollicitées par la loi elle-même à reculer devant une forte instruction et les sacrifices qu'elle entraîne, le recrutement du corps médical ne sera en rien affaibli. Il est permis de croire, on peut même annoncer avec assurance que, la profession se relevant dans la considération publique dans la même proportion que s'élèveront les conditions d'études, les familles aisées mettront de plus en plus à honneur de diriger la vocation de leurs fils vers une carrière si honorable, si sûre et si indépendante. Il n'est pas moins certain que les élèves des écoles, qui aujourd'hui dans leur découragement, leurs faiblesses, leur dissipation, se détournent plus ou moins promptement du but que la sollicitude paternelle leur avait tracé pour demander aux jurys médicaux un diplôme qui coûte moins de travail que celui des Facultés, et qui leur vaut presque autant, redoubleront d'ardeur et d'efforts quand cette déplorable facilité ne leur sera plus offerte et qu'il faudra, pour avoir un état, soutenir jusqu'au bout les épreuves voulues et mériter le doctorat. L'expérience a démontré que le mouvement des docteurs reçus est en proportion inverse de celui des élèves inscrits ; que si, par exemple, par l'exigence du baccalauréat ès sciences, le nombre des élèves des Facultés tombe tout-à-coup, de 1837 à 1838, du nombre de 1,639 à celui de 1,331, le nombre des docteurs admis s'élève, dans le même laps de temps, de 618 à 634, parce que les cours sont suivis par des étudiants plus instruits, plus appliqués, plus résolus à tirer parti de leurs efforts passés dans l'intérêt de leur avenir.

La crainte de compromettre les intérêts généraux de la santé publique ne peut donc pas arrêter le législateur. Elle peut d'autant moins l'arrêter, qu'en admettant que ses hypothèses et ses combinaisons fussent démontrées par l'expérience, les effets du régime nouveau ne seraient pas de longtemps sensibles. La loi, bien évidemment, n'aura pas et ne peut avoir d'effet rétroactif. Tous les praticiens pourvus d'un titre régulier continueront d'exercer. La dépopulation ne pourrait donc pas, avant un grand nombre d'années, se faire sentir dans le corps médical. Si le législateur voyait ce résultat inattendu se produire, si les deux cinquièmes des praticiens du second degré qui existent aujourd'hui n'étaient pas successivement remplacés, comme nous en avons la ferme confiance, par des praticiens du premier, il serait toujours facile de revenir à la solution contre laquelle nous croyons que l'opinion générale et la force des choses protestent.

Hâtons-nous d'ajouter que, sans partager les craintes que nous venons de signaler, nous avons, dans tout le mécanisme de la loi, pris des précautions multipliées contre la possibilité d'un tel danger. Dans ce but, nous fortifions, ainsi que nous l'exposerons bientôt, les écoles préparatoires placées plus près des familles, afin de les tenter, pour ainsi dire, en diminuant leurs sacrifices et en satisfaisant leur sollicitude. C'est dans ce but que nous multiplions les facilités pour la recherche, du reste indispensable, du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès sciences; c'est dans ce but enfin que nous proposons l'adoption de deux institutions qui ne sont nouvelles ni l'une ni l'autre, l'une qui fut essayée avec succès sous la République et sous l'Empire, l'autre qui est appliquée aujourd'hi même par le zèle éclairé de quelques conseils généraux, notamment dans les deux départements de l'ancienne Alsace. Nous voulons parler de l'établissement des bourses médicales dans les écoles et dans les Facultés, et des médecins cantonaux. Ces deux mesures suffisent dans notre conviction, et au delà, pour donner la certitude que toutes les localités et toutes les populations seront desservies. Nous nous réservons d'en exposer plus loin l'organisation. Nous devions ici nous borner à faire connaître les motifs de cette disposition capitale et souveraine de la loi qui n'admettrait plus pour un même ordre de services qu'un même ordre d'études, d'épreuves, de diplômes. La science ne peut pas être scindée plus que la société; ce principe domine la loi tout entière que nous avons l'honneur de vous proposer.

La loi impose au docteur qui veut pratiquer l'obligation de faire enregistrer son diplôme au chef-lieu de l'Académie et du parquet de la cour royale, en le laissant libre du reste d'exercer dans tout le royaume. L'accomplissement de cette formalité est ce qui fait du docteur le chirurgien ou le médecin. On pourra ainsi placer la profession sous des sauvegardes qui lui ont manqué jusqu'à ce jour, la défendre d'usurpation et de fraude dont rien ne la prémunit aujourd'hui. La loi, en même temps, élève la peine de ces usurpations. Nous croyons qu'une analogie naturelle nous permet d'emprunter au Code pénal les dispositions dont il frappe les usurpations de titre et les usurpations de fonctions. Aucun titre et aucune fonction n'étant plus important à préserver de l'usurpation coupable et de l'usage illicite dont chaque abus met en péril la vie des hommes, la peine de six mois à deux ans d'emprisonnement ne nous semble avoir rien d'excessif pour punir ce dol public, pour conjurer ce danger public. Et, en même temps, la latitude laissée au juge, dans des matières où son appréciation ne peut être renfermée par la loi dans des limites de cas et de faits toujours prévus d'une manière précise, nous permet d'appliquer à toutes les circonstances qui constituent, à des titres et à des degrés différents, l'exercice illégal de la médecine, une même pénalité, de telle sorte que nous évitons l'inconvénient de faire un Code pénal tout entier à l'occasion d'une loi médicale, par une prévoyance minutieuse qui risque d'embarrasser inutilement la justice, qui complique la législation et que les faits viennent toujours tromper.

Le titre Ier maintient le principe de la loi du 10 mars 1803 sur la faculté accordée aux médecins étrangers d'exercer en France avec l'autorisation du roi. Il nous a paru qu'il n'était pas de l'esprit de la France, qu'il n'était pas de sa politique, de fermer d'une façon absolue à l'étranger l'accès de ces fonctions. La France considère comme siens tous les hommes qui ont bien mérité de l'humanité par la science ou les services. Elle ne refuse pas, pour les populations françaises, les secours de l'homme de l'art que l'attrait de notre sol ou de nos lois, l'amour de la science, que de grandes infortunes nationales ont amené parmi nous. Quelque vives qu'aient été les réclamations élevées à cet égard, nous sommes convaincu que l'hospitalité française se soulèverait contre une telle interdiction. D'ailleurs, l'administration se doit la justice de déclarer que le principe de la loi de 1803 n'a pas eu les conséquences qu'on lui a généralement attribuées. Le gouvernement a toujours été sobre d'autorisations. Le nombre s'est rarement élevé à plus de trois ou quatre chaque année, et s'il est arrivé, ce qui probablement a fait croire à l'abus et a excité les plaintes, s'il est arrivé, disons-nous, que beaucoup de médecins étrangers, surtout à Paris et dans les départements frontières, aient exercé sans autorisation du roi, nous nous prémunissons contre ce danger pour l'avenir en soumettant à la formalité de l'enregistrement l'ordonnance d'autorisation. En même temps, nous introduisons une mesure nouvelle et parfaitement légitime; nous voulons que la demande d'autorisation soit précédée d'une déclaration d'équivalence des études et diplômes de l'étranger, délibérée en conseil royal de l'Université. Il est parfaitement juste que la France exige du médecin auquel elle accorde l'hospitalité les garanties d'instruction et de savoir que la loi réclame des nationaux; mais, cette équivalence établie et déclarée par les juges compétents, le roi use de sa prérogative soit dans l'intérêt de la population française, soit dans l'intérêt de ses rapports avec les puissances étrangères, soit au point de vue des égards dus à une bonne renommée ou à des infortunes populaires. Quel qu'il soit, il limite le droit qu'il confère à une contrée déterminée où les secours de l'art ne sont pas assez abondants; quel qu'il soit, il le restreint aux compatriotes du médecin étranger, quand ces compatriotes, rassemblés en grand nombre sur un même point, considèrent comme un intérêt sérieux, et quelquefois comme un motif déterminant de leur séjour, l'avantage de conserver sur le sol français les méthodes et la pratique de leur pays. Ces dispositions, on le voit, sont aussi conformes à l'intérêt bien compris qu'à l'esprit de la France. Nous maintenons formellement, à ce double titre, sous les réserves et les garanties que nous avons indiquées, le droit de la couronne.

En même temps que nous nous sommes attaché à circonscrire d'une façon conforme aux intérêts de la science la pratique médicale, nous avons cru nécessaire de préserver le corps médical du contact de quiconque ne serait pas digne du ministère que la société lui confie. La loi a le droit d'être sévère, car elle confie au médecin un monopole absolu et redoutable. Elle le défend avec une sollicitude jalouse contre toutes les concurrences illégitimes; elle peut, elle doit veiller à ce que la société trouve en lui toutes les garanties morales qui sont la sécurité des familles.

Nous proposons de déclarer l'incapacité absolue de tout médecin qui aura été condamné par les tribunaux criminellement ou correctionnellement pour des faits rigoureusement énumérés, et tous, sans contestation, condamnés par la morale publique. Nous demandons que les tribunaux puissent même prononcer cette interdiction contre tout médecin qui aura encouru une condamnation juridique : il faut songer qu'il n'existe pas à l'égard du corps médical, et, dans notre conviction, il ne peut pas

exister de pouvoir disciplinaire. Ce pouvoir serait si nécessaire à la dignité du corps et à la considération de ses membres, qu'il en a sans cesse réclamé l'établissement. C'est un des vœux qui ont été le plus constamment et le plus vivement exprimés. Mais, même en confirmant dans le dernier titre de la présente loi l'institution des conseils auxquels on a généralement proposé d'en confier le dépôt, nous ne croyons pas que ce pouvoir, intérieurement judiciaire, soit applicable à la nature du corps médical et aux intérêts qui le constituent. Il n'est pas, comme l'ordre des avocats, rassemblé dans quelques centres de population et de lumières. Il est épars sur toute la face du territoire : les faits qui pourraient donner lieu aux vindictes de ses conseils ne se passent pas à la clarté du jour; ils sont obscurs, incertains, contestés, difficiles à établir. Les rivalités d'homme à homme, les hostilités pour des intérêts étroits sont toujours possibles et risqueraient d'exercer une influence aussi contraire à la dignité des juges qu'aux principes de la justice. Enfin l'ordre des avocats, quand il exerce sur lui-même cette action toujours périlleuse, ne l'exerce que sous les yeux et sous l'autorité d'un pouvoir plus grand, plus fort, plus auguste. Le tribunal, la cour royale, sont les contre-poids permanents et respectés de cette juridiction domestique. Rien de semblable ne pourrait être établi à l'égard des conseils médicaux. Ils seraient forcément livrés à eux-mêmes; le juge n'agirait ni sous l'œil de ses justiciables, ni sous celui d'un juge supérieur et souverain. Toutes ces raisons et beaucoup d'autres qu'on y pourrait ajouter nous ont paru décisives dans la matière. Par cela même, nous croyons devoir remettre aux mains de la justice une autorité plus grande à l'égard du corps médical, et nous devons dire que nous demanderons aux législateurs de procéder ainsi dans un autre ordre de questions, à l'égard de ces maîtres libres qui seront à l'esprit et à l'âme ce que le praticien est au corps, des corrupteurs et des meurtriers, s'ils n'étaient pas des guides et des médecins.

En résumé, le premier titre de la loi comprend et décide toutes les questions relatives à l'art de guérir : l'ordre unique de praticiens; la faculté d'autorisation, dans des conditions déterminées, à l'égard des médecins étrangers; des mesures transitoires et parfaitement bienveillantes à l'égard des officiers de santé actuels; le renvoi à des règlements d'administration publique de toutes les questions qui concernent les sages-femmes dont il faut fortifier l'organisation et l'enseignement; les dentistes que la loi peut maintenir avec de suffisantes précautions et de sages réserves; les oculistes qui ne peuvent être maintenus qu'à titre provisoire et après certaines épreuves; les orthopédistes, les bandagistes, qui ne peuvent exercer que sous l'autorité d'un médecin et sous sa responsabilité; les chirurgiens herniaires, les renoueurs et autres empiriques ou charlatans irréguliers et dangereux qui doivent entièrement disparaître; définitions simples et précises de l'exercice illégal de la médecine, précises assez pour rassurer la société, en étant assez larges pour laisser à la conscience du juge le moyen de discerner les faits, et de ne pas confondre l'assistance charitable avec la spéculation illicite qui la compromet; pénalité appropriée à toutes les infractions qu'une loi de cette nature peut rencontrer sur sa route; enfin institution de garanties morales calculées dans l'intérêt de la famille et de la société, et par cela même dans l'intérêt d'une corporation dont les priviléges ne peuvent avoir d'autre source que la sécurité de la famille et celle de la société.

TITRE II.

CONDITIONS D'ÉTUDES.

Le titre II décide plusieurs questions importantes.

Il maintient la division actuelle entre les facultés et les écoles préparatoires.

Il conserve le nombre actuel des Facultés : Paris, Montpellier, Strasbourg, et n'en crée pas de nouvelles.

Il se tait sur le nombre des écoles préparatoires, qui est de vingt aujourd'hui, et laisse à l'avenir ou à d'autres lois à décider si quelques-unes de ces écoles, dont l'enseignement est le moins prospère, ne devront pas être supprimées.

Il confère aux écoles préparatoires, en la restreignant aux deux premières années d'études médicales, l'égalité absolue pour ces deux années.

Il constate cette égalité en investissant les écoles préparatoires du droit nouveau de conférer, comme les facultés, un premier grade médical, qui sera le baccalauréat.

Il maintient aux Facultés le droit de conférer seules et sans partage la licence et le doctorat, introduisant ainsi dans l'enseignement médical la division des trois grades, qui existe dans tous les autres ordres de facultés, mais ne permettant, pour éviter les abus possibles, que la délivrance d'un seul diplôme, celui qui termine les études et ouvre une carrière.

Il fixe à cinq années le cours d'études nécessaire pour ce grade de docteur, exigé à l'avenir de tous les praticiens français.

Il fonde les études médicales sur la double base du baccalauréat ès lettres préalable et du baccalauréat ès sciences, en accordant aux étudiants des écoles préparatoires l'autorisation nouvelle de ne justifier de ce grade qu'un an après leur inscription dans la Faculté; et, pour le grade même de bachelier ès lettres, il crée de nouvelles facilités et admet le candidat qui a échoué une première fois à prendre, à titre provisoire, une inscription en médecine, en attendant de nouvelles épreuves, afin qu'un insuccès, qui peut être promptement réparé, n'entraîne pas pour lui et pour sa famille, qui compte les sacrifices avec angoisse, la perte d'une année.

Enfin il renvoie aux règlements délibérés en conseil royal de l'Université le régime entier des études, et détermine, par des dispositions transitoires, la position des aspirants actuels au titre d'officier de santé, en leur donnant la faculté de se pourvoir encore de ce titre s'ils ne remplissent pas les conditions voulues pour arriver au doctorat.

Les villes de Paris, de Montpellier, de Strasbourg, conservent le privilége exclusif de posséder des Facultés de médecine. Le temps a consacré ce privilége. Une grande renommée s'attache à l'enseignement de ces trois écoles illustres. Si des villes importantes, Lyon, Rennes, Bordeaux, qui ont des écoles préparatoires florissantes, de grandes collections, de vastes hôpitaux, une population nombreuse et un corps médical renommé pour la science et les lumières, aspirent à partager l'honneur d'un enseignement médical complet avec Montpellier et Stasbourg, sans que ces deux Facultés, par l'éloignement des lieux, puissent avoir à souffrir d'une telle création, le gouvernement du roi a pensé qu'il n'y avait pas lieu d'innover; que l'ancienneté des écoles et leur illustration consacrée est ce qui fait leur autorité; que les grands centres de

population ne sont pas nécessairement les bons centres d'études; que les grandes risqueraient de fléchir et de s'abaisser si on multipliait les corps chargés de les conférer, et que par-là les études s'affaibliraient inévitablement par l'effet d'une loi qui n'a d'autre but que de les élever. La constitution définitive qui est proposée pour les écoles préparatoires a paru l'unique part qui fût à faire à la diffusion de l'enseignement et aux progrès du temps. Ces écoles désormais seront des annexes des Facultés; elles participeront au droit de conférer les grades; cet acte solennel marquera leur rang dans l'Université, et, par le lustre qu'elles en recevront, les familles seront de plus en plus encouragées à leur confier leurs enfants.

Dès aujourd'hui, les écoles préparatoires sont dignes, par les services qu'elles rendent, de la confiance que l'Etat leur témoigne. Les 1,800 étudiants que compte l'enseignement médical se partagent presque également entre les trois Facultés et les écoles préparatoires. Encore est-il juste de dire que c'est Paris, avec son immense attrait, qui fait la supériorité de la Faculté sur les écoles préparatoires.

Paris compte 800 étudiants; Montpellier, 175; Strasbourg, 77.

Les écoles préparatoires se divisent ainsi :

Amiens, 48 étudiants; Angers, 37; Arras, 32; Besançon, 39; Bordeaux, 51; Caen, 22; Clermont, 28; Dijon, 30; Grenoble, 31; Limoges, 32: Lyon, 73; Marseille, 38; Nancy, 32; Nantes, 45; Orléans, 36; Poitiers, 24; Rennes, 70; Rouen, 42; Toulouse, 72; Tours, 41.

Ces centres d'études multipliés ont pour l'enseignement des avantages considérables : l'accès plus libre et plus facile dans les jardins botaniques, dans les collections, dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux, aux lits des malades; la parole du maître, écoutée de plus près, plus personnelle sinon plus fréquente, et pour les familles la proximité, l'économie, la sécurité. C'est par ce motif que nous accordons aux élèves des écoles préparatoires, qui ont fait deux années d'internat dans les hôpitaux, de compter ces deux années pour quatre inscriptions dans les Facultés. Les avantages d'une pratique assidue nous rassurent dans l'intérêt des études, et nous sommes certain qu'en réduisant, dans ce cas, à deux années au lieu de trois, le séjour nécessaire des élèves dans les Facultés, en diminuant les dépenses et les dangers du séjour des grandes cités, nous sollicitons puissamment la tendresse paternelle en faveur d'une profession dont l'accès lui présente ces heureuses facilités.

Cette pensée nous a fait instituer le baccalauréat en médecine pour en doter les écoles préparatoires au même titre que les Facultés. Elle n'est pas la seule. Le baccalauréat pourra nous fournir une preuve utile pour les professions spéciales dont les règlements d'administration publique auront à déterminer l'exercice. La division des trois grades offre aux études des repos à l'ambition naturelle des jeunes gens, des satisfactions dont les autres Facultés ont reconnu les avantages, même pour les grades qui n'ont aucune efficacité extérieure, comme le baccalauréat en droit par exemple. Enfin, il convient à l'Université que toutes les Facultés aient les mêmes procédés, les mêmes méthodes, les mêmes grades, la même organisation. Cette symétrie sied à un corps qui trouve une partie de son éclat et de sa force dans sa vaste unité.

Mais nous avons dû réserver aux Facultés le droit de conférer seules la licence et le doctorat; c'est ce droit qui fixe leur véritable caractère, leur haute magistrature. Il fallait le leur réserver, ou bien ce ne sont pas six Facultés qui auraient été créées, nous en aurions eu vingt : personne n'y pouvait penser. La multiplicité des Facultés de l'ancien régime est assurément ce qui avait fait tomber les études médicales. Il s'était établi une rivalité d'indulgence telle, qu'il s'était vu des Universités envoyant purement et simplement le diplôme des grades à qui l'avait demandé et payé. La sérieuse et forte organisation de l'Université nous mettait à l'abri de semblables dangers. Mais la constitution des écoles préparatoires n'est pas appropriée au besoin de l'enseignement supérieur. Il faudrait dans leur matériel, dans leur personnel, des changements et des développements qui ne seraient pas au pouvoir de l'administration, qu'il n'est pas au pouvoir de la loi d'introduire tout-à-coup. C'est toujours l'objection faite plus haut, à Lyon, Rennes, Bordeaux, étendue à toutes les écoles; l'objection est trop évidemment sans réponse.

Ainsi, tout étudiant en médecine devra se partager entre les écoles préparatoires et les Facultés, ou suivre dans une Faculté le cours entier de ses études; ce cours sera de cinq années. Le Congrès médical, si nombreux et si compétent, n'a pas hésité à demander unanimement cette disposition. Les maîtres de la science sont tous d'accord, sans exception, pour reconnaître l'insuffisance des quatre années dont se contentait forcément le Consulat lors de la reconstruction de l'ordre social. Quatre années ne suffisent pas aujourd'hui pour parcourir le cercle entier des connaissances indispensables, depuis que le progrès des esprits et la force des choses ont poussé les professions médicales à l'unité. La chirurgie et la médecine, ces deux grandes divisions qui pendant tant de siècles ont séparé en branches distinctes le corps médical et toutes les branches accessoires à la suite de celles-là, se sont réunies et confondues. On a reconnu que l'art opératoire exigeait la science approfondie de toute la pathologie humaine, et que l'étude des affections sans nombre qui altèrent, affaiblissent, détruisent l'admirable et frêle machine de notre organisation, nécessite cette connaissance exacte et certaine de toutes les parties du corps de l'homme que l'anatomie seule peut donner. On a reconnu de la même manière que la clinique interne et externe, que la pathologie dans sa multiplicité infinie, que l'anatomie enfin ne constituaient pas toute l'instruction de l'homme qui se dévoue à veiller sur la santé de ses semblables. L'homme est le perpétuel sujet des études du médecin; mais c'est la nature extérieure qui est l'élément essentiel et constitutif de la médecine, c'est elle qui présente les causes délétères et les substances bienfaisantes, qui crée le mal par le milieu où nous vivons, qui promet les remèdes à l'étude, sous la condition qu'elle sache les reconnaître et les combiner. Les sciences naturelles sont donc une partie fondamentale de l'enseignement. La botanique, la chimie, la pharmacie, la physique médicale, la toxicologie tiennent dans le programme des cours une place aussi nécessaire que la physiologie et la thérapeutique, les opérations et appareils, les accouchements, et enfin toute cette suite d'études théoriques et pratiques qui sont le fond même de l'enseignement et de la science. Nous pourrions ajouter la médecine légale, plus indispensable chaque jour depuis qu'on a découvert les secours que la science peut prêter à la justice pour l'exécution des lois et leur vindicte.

C'est donc en réalité l'encyclopédie de l'art médical qui doit passer sous les yeux de l'élève. Aussi, partout va-t-on plus loin que nous ; dans des pays où nous croyons les études moins fortes que parmi nous, et où des travaux récents nous ont appris combien elles sont approfondies, en Espagne par exemple, on exige six ou sept années pour le doctorat. Nous croyons qu'avec la constitution donnée à l'enseignement, avec les ressources assurées à la clinique, c'est-à-dire à l'observation sur place des maladies et des soins donnés, avec les progrès de l'anatomie humaine et comparée, avec les répétitions, les épreuves instituées, cinq années peuvent suffire, mais elles sont indispensables.

Cette exigence nous a paru devoir être compensée par un avantage nouveau fait aux familles. Il n'y a pas uniformité dans les prix des inscriptions, des examens, des diplômes auprès des divers ordres de Facultés. Les études médicales sont plus chères que les études de droit: il n'en coûte aux familles que 864 francs pour faire un avocat, il leur en coûte 1,150 pour faire un médecin. Cette proportion est d'autant moins justifiée que le médecin a déjà fait les frais d'un baccalauréat de plus, celui des sciences naturelles, et que l'enseignement médical ne lui assure qu'une seule profession, tandis que le droit ouvre un accès à toutes les carrières publiques. Sans faire descendre la loi à fixer des chiffres que les règlements peuvent utilement déterminer et modifier, nous vous proposons, messieurs, de poser le principe que l'ensemble des droits perçus à l'égard du médecin ne pourront jamais dépasser ceux qui seront fixés à l'égard de l'avocat. Cette disposition tient à l'observation du rang que les diverses professions occupent dans la société, autant qu'à notre recherche attentive des moyens de maintenir à son niveau, dans le régime nouveau que nous instituons, la population médicale du royaume.

Les facilités offertes pour les grades accessoires (les deux baccalauréats) sont dictées par le même esprit, et ne demandent pas d'explication.

TITRE III.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

Ce titre est l'un des plus importants de la loi ; il constitue l'organisation de l'enseignement dans les Facultés et dans les écoles préparatoires ; il statue sur les programmes d'études en les confiant à la haute sollicitude du Conseil royal de l'Université, dont les travaux seront éclairés par les délibérations préalables de la haute Commission des études médicales, corps qui ne prend pas place encore dans la loi, mais qui déjà prête aux décisions de l'Université l'utile appui de son concours et de ses lumières. Il pose en principe le changement du régime des écoles préparatoires, leur affranchissement du joug des communes qui les rétribuent, leur mise à la charge de l'État, mesure indispensable à leur sécurité, à leur dignité, à leur progrès. Dans l'état présent des choses, elles n'ont qu'une existence précaire ; un vote municipal peut les circonscrire, les mutiler, les détruire. Un vote récent du Conseil municipal d'Orléans a fait voir que ce n'était pas une appréhension vaine. Nous proposons de laisser à la charge des communes le matériel et les collections, dont on pourra faire une dépense obligatoire. L'État trouverait successivement le corps des professeurs, comme les autres membres de l'Université, et par-là l'institution des écoles préparatoires obtiendrait le caractère définitif et élevé qui doit assurer leur succès.

Ce titre règle la composition du corps des professeurs, leur recrutement, toutes les questions qui se rattachent au concours, tous les développements qu'attendait l'institution heureuse et féconde de l'agrégation ; c'est assez dire qu'il se recommande particulièrement aux méditations de la Chambre des pairs.

Le corps des professeurs ne peut pas suffire à sa tâche ; l'enseignement doctrinal et pratique écrit dans les programmes n'est pas toute l'instruction et toute l'assistance qu'attend dans les écoles la jeunesse laborieuse qui s'y presse. Elle a besoin de secours de tous les moments pour puiser dans les collections, pour s'instruire aux préparations, aux appareils, aux directions, pour répéter les cours des professeurs, pour compléter par des cours accessoires les leçons officielles, obligatoires, dont chaque année se compose. Les examens tels qu'ils ont été institués dans ces dernières années sont une partie essentielle du succès et de la force des études. Le corps des agrégés remplit ce ministère si laborieux et si utile. L'agrégation introduite dans les Facultés de médecine a été un bienfait que la loi aura pour but d'affermir et d'étendre ; elle prépare le recrutement facile et sûr d'un corps de professeurs ayant expérience, talent, autorité. Comment ce corps de professeurs sera-t-il choisi ? comment le seront les agrégés ? C'est là une des questions capitales de la loi.

Le concours a beaucoup d'ennemis, il en a d'éminents et d'illustres ; c'est qu'il a des inconvénients réels et considérables. Nous sommes convaincu qu'à tout prendre, il a encore plus d'avantages. D'ailleurs il est dans l'esprit de nos lois, dans nos mœurs, dans nos idées; nous croyons fermement qu'il est désormais, si l'on peut s'exprimer ainsi, maître du terrain, qu'on échouerait à vouloir le lui disputer. C'est une de ces institutions qui, une fois introduites, ne peuvent plus être ébranlées, parce qu'elles reposent sur les sentiments les plus intimes de la nature humaine, sur les sentiments les plus profonds de la société française, ceux qui tiennent à l'idée d'égalité.

Ainsi, pour tous les degrés de l'enseignement, pour les Facultés et pour les écoles préparatoires, pour le professorat et pour l'agrégation, nous admettons le concours comme base de toutes les nominations. Nous faisons avec conscience et satisfaction cette concession à l'esprit du temps. Nous croyons fermement que nul mode de choix n'est plus propre à exciter les généreuses ambitions de la jeunesse ; que nul non plus ne l'est davantage à mettre en relief et en lumière la valeur réelle des hommes qui se présentent hardiment à cette épreuve. Mais en même temps nous ne laissons pas que de penser qu'à ces avantages, suivant nous incontestables, se mêlent des inconvénients non moins positifs et qui méritent d'être pris en considération. Le concours fait admirablement connaître la force des candidats qui l'acceptent pour juge ; mais il écarte en grand nombre des candidats possibles, des candidats forts et dignes. Il donne, par un renversement des fins de la Providence et du bon ordre des sociétés, à la jeunesse la supériorité sur l'âge mur ; à l'inexpérience aventureuse et confiante, sur la capacité éprouvée, sur les services rendus ; à la mémoire peut-être, sur l'intelligence, sur le travail, sur l'observation ; à la parole, sur la méditation, sur l'étude, sur la pratique ; enfin, au mérite extérieur et brillant, sur le mérite réel et solide. Par-dessus tout, il a le tort, si on l'abandonnait complètement à lui-même, de ne tenir

aucun compte de la moralité humaine, d'ignorer tout ce qui est de la vie privée, de la dignité de l'homme, de ses droits à figurer dans le sacerdoce de l'enseignement. Ce seraient là des vices inadmissibles, si la loi ne tempérait son action par la prudente fermeté des règles qu'elle saura lui imposer.

Nous maintenons les règles existantes qui veulent que toutes les listes de concurrents soient arrêtées par le ministre de l'instruction publique en Conseil royal de l'Université. Cette règle est la garantie de la morale publique, la sauvegarde du corps enseignant, nous ne pouvions l'abandonner.

Mais, en admettant pour l'agrégation la libre concurrence de tous les docteurs qui se sentent de force à affronter la lutte et de goût à fournir cette honorable carrière, fallait-il, comme cela est aujourd'hui, permettre aussi à tous les docteurs, sans distinction et sans acception, de concourir pour le professorat, de telle sorte que l'âge, les services rendus, la capacité éprouvée, les titres acquis dans l'enseignement même, dans l'agrégation, rien ne fût compté, et que les hasards d'une seule lutte, les succès d'une témérité heureuse fissent de l'étudiant de la veille un professeur de Faculté, au détriment et à la place de l'agrégé dont les soins dévoués l'ont peut-être formé?

Le gouvernement du roi, messieurs, ne l'a point pensé. Il croit que l'état actuel des choses est mauvais, et l'un de ses buts, en présentant la loi, est de le changer. Il croit l'état de choses mauvais à plusieurs points de vue. L'agrégation, n'étant pas le premier degré nécessaire pour arriver au professorat, n'est plus un but assez haut placé pour solliciter vivement les nobles et fermes esprits que l'Université, dans tous les ordres d'enseignement, a intérêt de rassembler sous son drapeau. Placés entre le labeur quotidien multiplié, stérile peut-être de l'agrégation et les perspectives de la clientèle, beaucoup de ces esprits actifs et studieux, qui recruteraient puissamment le professorat, doivent se détourner vers d'autres voies. En affaiblissant l'agrégation on affaiblit le professorat du même coup, on l'affaiblit de plusieurs manières, par ce qu'on risque de lui enlever et par ce qu'on lui donne. Les adeptes jeunes et quelquefois brillants d'un concours peuvent ne pas avoir la maturité d'esprit, la gravité de mœurs, l'expérience de la pratique, l'autorité personnelle, qui sont nécessaires dans toutes les chaires de l'enseignement supérieur et le sont dans celle de l'enseignement médical plus que d'aucun autre.

Et si on répondait ou si on insinuait seulement qu'entre l'agrégé et ses rivaux l'agrégé sera le plus souvent préparé, il y aurait là la révélation d'un fait possible, justifiable, fondé sur des motifs légitimes, mais qui tous prouveraient pour notre proposition, et nous établirions hautement que nous aimons mieux aller droit au but que d'y arriver par un détour; que le détour aurait le double tort de ne pas laisser au concours la sincérité qui fait sa force et son honneur, en lui laissant tous ses inconvénients, l'éloignement des hommes considérables et celui de ces jeunes hommes d'élite dont nous parlions tout à l'heure, que l'incertitude des chances de l'agrégation a écartés de ces voies. Ainsi, messieurs, nous faisons de l'agrégation le marchepied naturel pour arriver au professorat naturel, et non pas nécessaire, car nous faisons une concession à l'état actuel et à l'esprit régnant, en admettant à l'égal des agrégés non-seulement les membres de l'Institut qui sont de plain-pied avec tout le monde et qui ont passé par l'épreuve d'une élection préalable, la plus haut placée qui se puisse désirer, mais les membres de l'Académie royale de médecine qui participent de ces avantages, et les médecins même des grands hôpitaux dont la nomination a été une première garantie et une première épreuve; de telle sorte que nous ne puissions pas avoir l'inquiétude d'écarter jamais de l'enseignement les grandes renommées médicales, les longs services, le savoir, le talent, l'expérience, l'autorité. Tout cela est compris dans le cadre que nous traçons. La jeunesse sans titre, ou qui n'a d'autre titre qu'elle-même, que la confiance qu'elle s'inspire et les forces qu'elle se connaît, trouvera ouvert devant elle le champ de l'agrégation. L'agrégation, placée plus près du but et dévouée à tous les efforts pour y atteindre, rencontrera des concurrents, mais comme elle éprouvés, honorés, considérables; elle luttera avec ses pairs et peut-être avec ses maîtres, car les anciens agrégés, ceux que les règlements et la loi appellent agrégés libres, qui ne servent plus l'Université, mais qui servent par la clientèle la science et la société, ont conservé et conserveront le droit de concourir, et seront conviés par ce privilége même à user de leur droit.

Nous croyons, en effet, que ce système compte parmi ses avantages celui d'inviter à la lutte des concours beaucoup des hommes graves et importants qui y répugnent aujourd'hui, de le faire ainsi entrer de plus en plus dans nos mœurs, en donnant davantage à chacun pour concurrent ses égaux; à la jeunesse, le jeune homme qui a tant à gagner; à l'âge mûr, l'homme fait, qui a beaucoup acquis, qui a beaucoup à perdre.

Une de nos raisons d'espérer ce résultat, c'est un autre avantage que ce système nous présente dans la nature même, dans la matière des concours. Aujourd'hui, tous les efforts échouent à distinguer le programme des concours d'agrégation du programme des concours pour les chaires vacantes dans les Facultés. Il faut que l'agrégé, frais émoulu de l'École, et pouvant être appelé à répéter tous les cours, à examiner sur toutes les matières, réponde à ses juges sur toutes les branches de la science, qu'il soit encyclopédique, ce qui est plus facile à vingt-cinq ans que vingt ans plus tard. Plus tard, l'homme de valeur s'attache à savoir bien pour tout savoir. D'un autre côté, quand une chaire est vacante, on la met au concours, et le résultat de l'épreuve est de faire asseoir quelquefois au siége de la Faculté un inconnu, un nouveau venu dans l'enseignement et dans la science. Le programme doit s'étendre à tout ce qui fait partie de la doctrine et de la pratique médicale. Il en résulte que le concours pour le professorat n'a pas, et ne peut pas avoir, dans le système actuel, ce caractère spécial et précis qui donnerait seul des professeurs éminents. Un autre dommage résulte de cette multiplicité combinée du nombre des matières et du nombre des concurrents, c'est que les concours sont éternels, ils sont incessants, le temps des Facultés s'y épuise, les vacances se perpétuent; avec les délais obligés, il ne faut pas moins d'un an pour les remplir. Un jury qui emploie forcément tant de mois au jugement de tant d'hommes sur tant de choses ne peut conserver sur chacun, et sur toutes, la plénitude de sa liberté d'esprit et de jugement. Le jugement est exposé à se vicier par sa durée même. Les distinctions que nous proposons parent à tous ces dangers. Le concours pour l'agrégation est général, il s'applique à toutes

les matières de la science, il est moins approfondi, il est plus compréhensif. Le concours pour la chaire est spécial. La toxicologie, la thérapeutique, la pathologie, la médecine opératoire, la pharmacologie, la botanique, la physique médicale, l'anatomie, la clinique interne ou externe, appellent naturellement les maîtres de la science, et tentent leur ambition, quand ils n'auront à répondre devant tous juges et devant le public, cet autre juge supérieur à tous, que de ce qu'ils savent sans contestation mieux que personne. Le concours sera plus rapide, plus précis, plus vrai. On peut affirmer qu'avec ces restrictions, il donnera toujours des professeurs habiles et instruits aux Facultés de Montpellier et de Strasbourg, de grands professeurs à la Faculté de Paris.

Il y a, nous ne le dissimulons pas, une considération qui nous touche grandement : c'est la dignité du professorat ; nous la croyons compromise dans l'état présent, non pas seulement par les facilités offertes aujourd'hui pour y parvenir à tout venant, et par les choix qui pourraient en résulter ; car nous sommes assez heureux pour pouvoir proclamer très haut que le fait vaut mieux que la règle. Le corps des professeurs s'est recruté constamment d'hommes distingués, grands, dignes du rang auquel ils sont parvenus de prime abord. Mais cela pouvait ne pas être ; nous ne sommes pas sûr que cela fût toujours au même degré, et surtout nous trouvons le principe mauvais en lui-même. Nous trouvons fâcheux qu'on puisse, sans antécédents et sans préparation, sans service dans le passé et sans garantie pour l'avenir, arriver de plein saut au faîte d'une carrière. La société actuelle ne le veut pour aucune carrière : nous ne le voulons pas pour celle de l'enseignement ; nous croyons qu'elle est une magistrature où chacun doit avoir fait ses preuves, dont les honneurs doivent avoir été, non-seulement conquis, mais mérités, qui a besoin d'un certain esprit, de certaines mœurs, d'une vocation antérieure dûment justifiée, et c'est encore à ce point de vue que nous insistons pour qu'il y ait un premier degré ou des équivalents qui en tiennent lieu.

Une question a été souvent élevée, celle des permutations. Nous vous demandons de la trancher, selon l'esprit qui a dicté les dispositions que nous venons d'exposer. En voulant le concours, en acceptant résolument son principe, nous le voulons sans superstition ; nous n'admettons pas l'argument, tiré d'on ne sait quel droit, de tous les prétendants possibles sur chacune des chaires que les évènements peuvent rendre libres. A mes yeux, le droit véritable et souverain est celui de la jeunesse à avoir le meilleur enseignement possible ; celui de l'État à donner cet enseignement. Tout le reste est accidentel et subordonné. Nous proposons de décider que lorsque des permutations seront demandées dans une même Faculté, le ministre, qui aura évidemment toujours consulté la haute Commission des études médicales, puisse consentir à la mutation si elle est dans l'intérêt de la science, et cette décision ne pourra être prise que le Conseil royal de l'Université entendu, parce que, en effet, le droit du ministre se fonde uniquement sur l'intérêt de la science, et que c'est aux juges les plus compétents et les plus élevés à le constater.

Nous appliquons cette disposition aux permutations de Faculté à Faculté ; nous l'appliquons aux vacances qui peuvent se produire dans une Faculté, l'expérience ayant démontré ce qu'il y a de dur et de violent à tenir un professeur, de Montpellier ou de Strasbourg, captif dans un climat qui lui est funeste, loin d'un pays et d'intérêts qui lui sont chers, quand le cours même qu'il enseigne se trouve vacant dans la contrée à laquelle il aspire ; et ce qu'il y a de compromettant, de contraire à tous les intérêts du professorat, à lui permettre de descendre dans la lice, comme un simple athlète, lui, le supérieur de ses concurrents, l'égal de ses juges ; dangereux, quoi qu'il arrive, au corps dont il est membre, par les soupçons de partialité qui planent sur la Faculté dans laquelle il entre s'il réussit ; par le soupçon d'infériorité et de faiblesse qui pèse sur celle dont il voulait sortir, s'il échoue. Nous pensons qu'un intérêt supérieur à tout autre, celui de l'Université, domine la question : que cet intérêt est compromis par le découragement de tous les professeurs, si l'on pose un principe d'immobilité à toujours ; compromis par leur apparition dans les concours, si on leur permet de s'y présenter ; et comme l'intérêt de l'Université serait ici la raison de décider, nous lui donnons également le conseil royal pour juge. Enfin, la mutation possible des Facultés de département à la Faculté de Paris est une question toute spéciale et qui mérite un mûr examen. Les positions dans les Facultés de Paris sont de beaucoup supérieures à toutes les autres. Dans ce grand corps de la magistrature française, qui a l'inamovibité pour principe et pour sanction, on voit les premiers présidents de cours royales consentir sans hésiter à des sacrifices considérables pour occuper un simple siége parmi les magistrats de Paris. Tout tend vers Paris. Exigera-t-on que nos Facultés seules, en France, aient un autre esprit, quand l'enseigement de la capitale joint à tous ses autres attraits des avantages triples ou quadruples de ce qu'il est ailleurs ? Que gagnerait-on à leur faire cette violence ? On privera Montpellier et Strasbourg des hommes sûrs d'eux-mêmes, qui consentiraient à y passer de nombreuses années s'ils avaient la perspective d'obtenir, à force de travaux, que la Faculté de Paris quelque jour leur fût ouverte. On privera en même temps cette Faculté éminente et illustre de tout ce qui se manifestera d'esprits supérieurs dans les autres Ecoles. On perdra l'occasion de rompre ces tendances exclusives, cet esprit particulier, ce cours étroit d'idées et de doctrines, qui risquent de finir par dominer et caractériser chacune des Facultés. Aussi n'hésitons-nous pas à demander que la fraternité de tout le corps enseignant soit constatée par l'application à la Faculté de Paris du principe que nous proposons. Nous ajoutons aux garanties parce que le but est placé plus haut, et nous ne craignons pas de proposer une garantie générale, qui s'appliquera à toutes les nominations, à toutes les Écoles, et placera dans tout son jour le principe que le concours est la règle, que la mutation est l'exception. Nous proposons d'écrire dans la loi qu'en aucun cas il ne pourra y avoir trois vacances nulle part, Paris compris, sans que deux fois au moins il y ait été pourvu par la voie du concours. Après les détails dans lesquels nous avons cru devoir entrer sur cette grande question, il nous paraît superflu de vous entretenir longuement d'une organisation qui ne présente en elle-même aucune forme nouvelle et aucune difficulté sérieuse. Tous les droits des professeurs sont maintenus, ceux des agrégés s'étendent au profit de l'enseignement, et point au détriment des maîtres. Avec le même nombre de chaires on pourra, grâce aux agrégés, avoir un même nombre de cours. L'agrégation donnera à nos Facultés quelques-uns des avantages de ces *privat docent*, que la France envie souvent à l'Allemagne. L'enseignement pourra être mobile, multiple, divers. Les

agrégés qui se sentiront du talent, qui se croiront une vocation certaine, pourront aller sur les brisées des maîtres, sans lutter contre eux, mais en se plaçant à côté d'eux et rajeunissant l'enseignement, sinon la science, par leur concours.

On a été frappé de l'inconvénient des professeurs blanchis en quelque sorte sous le harnais, qui se refusent à le déposer; on a demandé qu'ils pussent, comme dans tous les autres services, être avertis par l'autorité des nécessités de l'âge, quand lui-même les empêche d'entendre ses conseils; c'est un des vœux le plus formellement exprimés par le Congrès médical; nous avons annoncé à cette assemblée notre ferme intention de n'y pas souscrire. Nous croyons que c'est l'honneur de nos chaires, dans les Facultés de tout ordre, de conserver aussi longtemps qu'il plaît à Dieu les noms sacrés qui en font la gloire. Il n'y a point de retraite pour les maréchaux de France; nous demandons qu'il n'y en ait pas pour les chefs de l'enseignement. Mais il nous paraît bien établi que la Faculté, le conseil royal de l'Université et le ministre réunis peuvent donner un suppléant au professeur émérite, l'inviter à laisser un agrégé porter un fardeau désormais trop pesant pour lui, et que l'État peut prendre à son compte les frais minimes de cette suppléance. Nous croyons concilier ainsi tous les intérêts, ceux de la jeunesse, comme ceux de ses maîtres, et nous attendons avec confiance pour cette solution l'appui généreux des Chambres françaises.

Ce titre de la loi pose encore plus qu'il ne tranche deux questions qui sont importantes pour la science et pour l'enseignement: l'une concerne l'établissement de laboratoires de chimie dans les Facultés, établissement toujours demandé, jamais obtenu, et dont la science a encore plus besoin pour ses expériences que l'enseignement pour ses démonstrations; l'autre s'applique aux difficultés qui s'élèvent trop souvent entre les Ecoles de médecine et les administrations des hôpitaux au sujet des salles de clinique. Les administrations d'hôpitaux s'inquiètent par les motifs les plus légitimes de l'apparition de maîtres et d'étudiants étrangers au chevet des malades, s'en inquiètent pour leur gestion, pour l'ordre intérieur, surtout pour ces malades si chers à leur charité. Mais il n'y a point de médecine sans enseignement médical, et point d'enseignement médical sans observation, sans pratique quotidienne, et par conséquent sans cliniques, sans hôpitaux, sans malades. Il faut des morts et des vivants, il faut la nature, la nature déjà détruite, ou morbide, c'est-à-dire prête à l'être, à l'étude de cet art qui fait servir toutes les misères dont Dieu a marqué la vie de l'homme à chercher les moyens de les combattre, et, quand Dieu le permet, de les guérir.

TITRE IV.

BOURSIERS ET MÉDECINS CANTONAUX.

Ce titre complète et achève ce qui concerne la médecine dans la nouvelle loi, en proposant deux institutions considérables, les élèves boursiers dans nos Facultés et dans nos Ecoles préparatoires, et les médecins cantonaux dans nos campagnes. Ces deux institutions se lient l'une à l'autre par un seul lien et une pensée commune. Nous ne croyons pas à la dépopulation du corps médical, mais nous reconnaissons qu'il convient de la prévoir pour pouvoir au besoin la prévenir. Par les deux institutions que la loi propose, elle satisfait certainement à tout.

La loi de l'an III, celle du Consulat, avait par les mêmes motifs institué des boursiers dans les Ecoles qui se relevaient. Nous ne craignons pas de dire que le temps n'a fait que développer des raisons de plus d'accepter cette pratique, et de la rétablir sur une échelle plus ou moins restreinte, suivant les besoins que l'avenir fera connaître. Aujourd'hui, une nombreuse jeunesse s'élève dans les colléges royaux, et plus encore dans les colléges communaux, sans avoir les moyens, son éducation une fois terminée, de se frayer une carrière. L'état, dans le choix des 1,800 boursiers qu'il nomme, s'applique à récompenser des services réels, à continuer dans le fils la situation que le père avait reçue ou qu'il s'est acquise. Les départements et les communes nomment 1,200 boursiers sans être astreints et sans s'astreindre aux mêmes règles. Les boursiers communaux notamment sont généralement choisis sans aucune préoccupation de services et de position. Ces jeunes gens, pris dans les rangs de la société où rien ne les a préparés à l'instruction élevée qu'ils reçoivent, arrivent à l'âge de choisir un état sans qu'aucun antécédent les dirige entre toutes les professions libérales qui s'ouvrent devant eux, et sans qu'aucune ressource paternelle leur vienne en aide pour traverser les débuts coûteux et difficiles d'une carrière. Cet état de choses prolongé d'année en année est pour la société un mal réel; c'est un mal sérieux et déplorable pour ces jeunes hommes sans situation, sans fortune, sans état. Quelques bourses instituées dans l'enseignement supérieur, 100 par exemple, créées dans l'enseignement médical, offriraient à ces élèves de nos colléges un digne sujet d'émulation, et les aideraient à franchir le difficile passage de l'éducation à l'époque où elle peut, par un état, suffire aux besoins de celui qui l'a reçue. Ces bourses pourraient être de natures diverses; elles pourraient se composer uniquement de la remise des droits, ou bien, pour les moins aisés ou pour les plus méritants, d'une pension de 500 à 600 fr., qui durerait autant que le cours des études. La négligence dans les cours, l'insuccès dans les épreuves ferait perdre immédiatement ce bienfait public. Les communes et les départements pourraient, comme l'Etat, instituer des bourses de cette nature, les instituer pour assurer les secours de la science aux contrées les plus laborieuses au point de vue du service médical. L'État devrait aussi attacher à celles qu'il instituerait la condition de desservir, pendant quelques années, les pays convenus dans l'engagement contracté. Rien assurément ne serait plus légitime que cette obligation librement acceptée, payée du don d'un état, en donnant la certitude de trouver sur-le-champ une clientèle, sinon riche et nombreuse, du moins toujours suffisante et à peu près égale aux avantages que des commencements de carrière offrent partout ailleurs. Ce système donnerait au bout de dix années, sans charge considérable pour le trésor, un millier de médecins fixés dans les lieux où la population médicale se serait le moins portée, presque tous y ayant fondé un établissement définitif et satisfaisant ainsi complètement à l'attente du législateur.

Dans la loi, nous nous bornons à poser le principe; les règlements d'une part, et les lois des finances de l'autre, feraient le reste. Nous ne considérons pas l'adoption de ce principe comme une conséquence nécessaire de la suppression des deux ordres de médecins. Nous disons seulement qu'il suffirait à prévenir toutes les conséquences dont on se fait une objection contre le système de la loi, et c'est par d'autres raisons, à notre avis, plus importantes et plus décisives, que nous le proposons.

L'institution des médecins cantonaux, que nous ne lions en aucune façon à celle des boursiers, a les mêmes caractères, aurait les mêmes résultats, et promet des avantages encore plus grands. Elle s'est établie d'elle-même par la sollicitude éclairée des conseils généraux dans des départements qui ne manquent ni d'instruction médicale, ni de médecins, ni de richesses, dans les départements de l'ancienne Alsace. Elle donne à la santé publique la sécurité d'un service habituel obligatoire et permanent; elle donne aux pauvres un médecin attitré, qu'ils appellent sans crainte et sans scrupule, sur les soins de qui ils se savent un droit. Elle donne à l'administration le concours assuré de l'homme de l'art qui l'éclaire sur les moyens de salubrité placés à portée des populations et de leurs magistrats. On peut affirmer que rien n'est plus digne d'une civilisation comme la nôtre qu'une telle institution, et que, généralisée, elle porterait avec le temps des fruits très supérieurs à tout ce qu'on peut en attendre.

Un titre officiel et un traitement modique suffisent pour déterminer bien des vocations: nous sommes convaincus qu'il suffirait de cette création pour porter vers la carrière médicale une foule de jeunes gens aisés qui auraient l'espérance de retourner dans le pays natal pour y occuper une situation honorable et après tout productive.

Quel devrait être ce traitement? Sur quels fonds serait-il prélevé? Le serait-il sur ceux de l'Etat, des départements ou des communes? Nous laissons à la loi de finance qui devra intervenir la solution de ces questions.

TITRE V.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE ET CONDITIONS D'ÉTUDES.

La pharmacie est devenue une profession savante comme la médecine. L'exigence du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences pour les élèves qui s'y destinent fait disparaître le caractère de négoce qui dominait, pour mettre à la place celui de science et de service public. La conséquence de cet état de choses éminemment favorable aux intérêts de la santé publique est de faire disparaître les deux ordres de pharmaciens et les deux modes différents de réception. Si on n'exigeait pas de tous les directeurs d'officine les mêmes conditions scientifiques, il est évident que certaines populations seraient comprises dans un service plus dangereux que celui de la médecine même, s'il est mal fait, pour la santé et la vie des hommes. Si on exige de tous ces conditions élevées, il n'y a nul intérêt, il n'y aurait nul possibilité à introduire des distinctions entre des hommes qui auraient donné à la société de telles garanties.

La pharmacie a unanimement demandé l'établissement de cet état de choses; elle s'est honorée depuis quarante ans par ses efforts pour se placer dans la considération publique, par son instruction et ses lumières, au niveau de la médecine. Elle a élevé souvent le vœu d'être instituée en Faculté distincte et indépendante. Ce vœu ne nous a point paru légitime. La pharmacie n'est pas une science propre, *sui generis*; elle est un utile et docte emprunt aux sciences naturelles, dans l'intérêt de la science médicale: elle participe des premières par le principe, des secondes par le but; elle n'est point une branche particulière des connaissances humaines. Son enseignement se compose d'histoire naturelle, de chimie, de botanique, de physique, de toxicologie, de cours enfin qui se retrouvent exactement dans les deux ordres de Facultés.

Non pas qu'il faille conclure de ce fait, comme on l'a voulu quelquefois, que cet enseignement pût être supprimé et remplacé purement et simplement par celui des deux ordres de Facultés. C'est bien un enseignement spécial, distinct, à part de tout autre, car les cours empruntés aux sciences naturelles et à la médecine doivent être professés dans un esprit et à un point de vue particuliers pour un usage défini et technique, de sorte qu'aucun autre ne pourrait en tenir lieu. Mais la science même a des attributs généraux qui nous paraissent retrancher aux connaissances et à la pratique pharmaceutique le caractère de la Faculté.

Par ces motifs, l'enseignement pharmaceutique doit rester indépendant, à moins d'être rattaché aux Facultés de médecine. Ce dernier parti a été adopté à l'égard de l'enseignement élémentaire; les écoles secondaires ou préparatoires desservent la pharmacie comme la médecine. Elles portent le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Il paraissait naturel de procéder ainsi à l'égard des parties élévées et fondamentales de l'enseignement. Les trois écoles spéciales ou supérieures que la pharmacie possède à Paris, à Montpellier, à Strasbourg, auraient pu faire partie des trois Facultés et en former une section séparée. L'ordonnance générale de l'Université aurait gagné à cet état de choses qui semblait compléter cette assimilation des divers ordres de professions et de connaissances médicales qui avaient été longtemps l'ambition de la pharmacie. La pharmacie aujourd'hui s'inquiéterait d'une assimilation aussi complète; elle craindrait que la section spéciale ne conservât pas suffisamment la portion d'indépendance nécessaire à la bonne direction des études et à la dignité du corps. Nous n'avons pas vu d'intérêt sérieux à faire violence à des dispositions dont le principe au moins est légitime, et nous maintenons telle qu'elle est établie la constitution de l'enseignement pharmaceutique. Nous la complétons en lui appliquant dans toutes ses parties les principes, les règles, les avantages qu'assurent les règlements généraux de l'Université que la loi présente à l'enseignement médical. Ce titre de la loi ne présente donc aucun principe nouveau que nous ayons à discuter. Toutes les questions sont posées et se trouveraient résolues par les titres précédents.

TITRE VI ET DERNIER.

CONSEILS MÉDICAUX.

Le titre VI prononce la suppression des jurys médicaux. N'ayant plus de pharmaciens du second ordre et d'officiers de santé à examiner, à instituer, leur mission essentielle était terminée.

Une seule de leurs fonctions reste à pourvoir : la visite des officines de pharmacie. Nous l'attribuons à des corps nouveaux, réguliers, permanents, qui, sous le nom de conseils médicaux, veilleront dans tous les départements aux intérêts du corps médical et à ceux de la santé publique. Par la vérification des titres de tous les praticiens, ils rempliront un office public, qui contribuera puissamment à préserver la société de la foule des empiriques sans instruction, sans étude et sans droits, contre lesquels la législation actuelle ne s'était pas prémunie. L'institution des conseils médicaux n'aurait pas d'autre attribution, qu'elle serait la sauvegarde de la société et la sanction véritable de la loi.

Mais, par sa permanence, elle rendra à la science, à l'Etat et au corps médical des services dont le temps ne fera certainement qu'étendre les bienfaits. Nous avons dit plus haut pourquoi nous n'y avons pas attaché le pouvoir disciplinaire. Nous sommes convaincu qu'un examen attentif fera reconnaître la justesse de nos vues, et prouvera que l'institution, telle qu'elle est établie, est un progrès considérable, et qu'il faut attendre que l'expérience l'ait consacré avant de lui demander des résultats plus décisifs, ainsi qu'avant de lui donner de plus larges bases.

Tel est, messieurs, dans l'ensemble de ses dispositions, le projet de loi que nous avons l'honneur de présenter à vos suffrages. La Chambre des pairs, en lui consacrant ses méditations, rendra au pays un nouveau service. Elle résoudra de nombreuses questions, qui tenaient en suspens, depuis longues années, beaucoup d'intérêts et beaucoup d'esprits. Elle mettra un terme à un état de choses qui excitait les plus vives réclamations et les plus légitimes. Elle affermira et développera la considération du corps médical, en astreignant tous ses membres à de fortes études, en exigeant de chacun d'eux de sérieuses garanties. Elle donnera à l'enseignement une organisation conforme aux besoins du temps et à l'esprit de nos institutions. Ces résultats, messieurs, vous paraîtront dignes de votre sagesse.

LISTE DES PLANCHES

CONTENUES DANS LE

Journal des connaissances médico-chirurgicales.

1. Région hyo-cardiaque. (Opérat. sur le larynx, la trachée et l'œsophage.) (M. Lebaudy.)
2. Région occipito-claviculaire. (Ligat. de l'art. sous-clav., saignée jugulaire.) (M. Lebaudy.)
3. Région superficielle du pli du bras. (Saignée du bras.) (M. Lebaudy.)
4. Région sous-maxillaire. Lig. des artères de cette région. (M. Lebaudy.)
5. Région sus-cléido-sternale. (Ligature des carotides.) (M. Lebaudy.)
6. Région aponévrôtique du pli du bras. (Disposition des veines, des nerfs et des apon.) (M. Lebaudy.)
7. Région brachiale interne. (Lig. de l'artère brachiale.) (M. Lebaudy.)
8. Région anti-brachiale muscul. ou profonde. (Lig. de l'artère au pli du bras.) (M. Lebaudy.)
9. Région thoraci-cervicale gauche. (Dispos. des gros vaisseaux ; auscultation.) (M. Lebaudy.)
10. Région inguinale superficielle. (Passage des hernies inguinales. (M. Lebaudy.)
11. Forme de la main chez les tuberculeux. (Diagnostic de la phthisie héréditaire.)
12. Fœtus de six mois dans la cavité utérine. (Embryologie.) (M. Lebaudy.)
13 Région inguinale profonde. (Passage des hernies crurales.) (M. Lebaudy.)
14. Hernies crurale et inguinale graisseuses. (Forme et trajet.) (M. Lebaudy.)
15. Région poplit. superfi. (Lig. de l'art.) (M. Lebaudy.)
16. Hernie crur. ouv. (Forme du sac.) (M. Lebaudy.)
17. Hernie inguinale graisseuse. (Forme et trajet.) (M. Lebaudy.)
18. Suites de brûlures au bras avant et après l'opération. (Obs. de M. A. Bérard.)
19 Région poplitée profonde et supérieure. (Disp. des vaisseaux et nerfs.) (M. Lebaudy.)
20. Saignée de la jugulaire droite. (Préparatifs pour l'opération.) (M. Lebaudy.)
21. Tête d'hydrocéphale. (Disposition des os et des sutures.) (M. Lebaudy.)
22. La veine saphène interne ou antérieure. (Préparatifs pour l'opération.) (M. Lebaudy.)
23. Le creux de l'aisselle vu par-dessous. (Lig. de l'artère axillaire.) (M. Lebaudy.)
24. La face. (Études physion. des musc. Conduits de Sténon. Art. tempor. et fac.) (M. Lebaudy.)
25. Le cerveau et l'orig. des nerfs. (M. Lebaudy.)
26. La base du crâne et le passage des nerfs à travers la dure-mère. (M. Lebaudy.)
27. L'aisselle vue par devant. (Ligature de l'artère.) (M. Lebaudy.)
28. Région poplitée inférieure et profonde. (Anévrysme et ligature.) (M. Lebaudy.)
29. La veine saphène externe. (Préparatifs pour la saignée.) (M. Lebaudy.)
30. Le ligament falciforme de Gimbernat. (Opérat. de la hernie étranglée.) (M. Lebaudy.)
31. Région axillaire antérieure et profonde. (Dis. des vaisseaux et des nerfs.) (M. Lebaudy.)
32. Structure du cerveau, 1re coupe, 4 fig. (M. Gerdy.)
33. Structure du cerveau, 2e coupe, 4 fig. (M. Gerdy.)
34. Circulation artérielle après la ligature de l'artère poplitée. (3 fig.)
35. Malad. du larynx. (7 fig.) (Lar. ouvert.—Canule.)
36. Artère crurale sous le couturier avant de traverser le grand adducteur. (Ligat.) (M. Lebaudy.)
37. Phthisie laryngée. (3 fig.) (An. pathologique.)
38. Région inguinale infér. (Rapp. de la veine saphène et des autres vaiss.) (M. Lebaudy.)
39. Structure du cerveau, 3e coupe. (4 fig.) (M. Gerdy.)
40. Structure du cerveau, 4e coupe. (4 fig.) (M. Gerdy.)
41. Tête osseuse désarticulée.
42. Ophthalmies spéciales. (8 fig.) (Observation et description par M. Sichel.)
43. Anatomie fœtale. (14 fig.) (OEuf humain, embyron, fœtus.) (M. Lebaudy.)
44 à 48. Ostéologie de l'org. de l'ouïe. (44 fig.) (M. Broc.)

*Atlas complet d'*ARNOLD *sur les nerfs de la tête.*

49 et 50. — 1. Base du cerveau et origine des nerfs.
51 et 52. — 2. Base du crâne, trajet des nerfs.
53 et 54. — 3. Coupe horizontale de la tête ; nerfs profonds de l'œil et de la face.
55 et 56. — 4. C. verticale, n. du cou et des fosses n.
57 et 58. — 5. *Id.* n. prof.; ganglions otique et nasal.
59 et 60. — 6 Origine, trajet et anastomoses des nerfs du cou et du cerveau.

61 et 62. — 7. Nerf trifacial, 10e, 11e et 12e paires, etc.
63 et 64. — 8. Origine et trajet des 2e, 3e, 4e, 5e paires.
65 et 66 — 9. Couc. super. ; n. de la face et du crâne.
67. Application des pinces pour la cure radicale du varicocèle. (M. Lebaudy.)
68. Hermaphrodisme masculin. (M. Lebaudy.)
69. Anévrysme de l'arcade de l'aorte. (Scarpa.)
70. Anévrysme de l'aorte. (Scarpa.)
71. Anévrysmes de l'artère carotide gauche. (Scarpa.)
72. Anévrysme de l'artère poplitée. (Scarpa.)
73. Anévrysme de l'aorte thoracique. (Scarpa.)
74. Anévrysmes divers de l'artère fémorale. (5 fig.) (Scarpa.)
75. Anévrysme de l'aorte thoracique. (Scarpa.)
76. Anévrysmes divers. (8 fig.) (Scarpa.)
77. Anévr. de l'art. fémor. et tibiale. (2 fig.) (Scarpa.)
78. Anévrysme de l'artère tibiale. (Scarpa.)
79. Brise-pierre à pression et à percussion.
80. Coupe verticale des organes génito-urinaires de l'homme. (M. Ségalas.)
81. Org. génito-urin. chez la femme. (M. Ségalas.)
82. Uréthroplastie; avant l'opération. (M. Ségalas.)
83. Uréthroplastie, après la 1re opération. (M. Ségalas.)
84. Uréthroplastie; après la guérison. (M. Ségalas.)
85. Région ing. externe chez l'homme. (Hesselbach.)
86. Région ing. externe chez la femme. (Hesselbach.)
87. Pathologie de l'utérus. (Hooper, n° 1.)
88. Hernie crurale dans la rég. inguin. (Hesselbach.)
89. *Id.* couchée sur les vais. fémor. (Langenbeck.)
90. Pathologie de l'utérus ; utérus vierge, utérus pendant la menstruation. (Hooper, n° 2.)
91. Path. de l'utérus. Polypes et tumeur semi-cartilagineuse. (Hooper, no 4.)
92. Path. de l'utérus. Tumeur semi-cartilagineuse. (Hooper, n° 5.)
93. Path. de l'utérus. Tum. volumin. (Hooper, n° 6.)
94. Path. de l'utérus, Tumeurs osseuses et calcaires. (3 fig.) (Hooper, n° 7.)
95. Path. de l'utérus. Hématome de l'utérus. (Hooper, n° 8.)
96. Path. de l'utérus. *Id.* de l'ovaire. (Hooper, n° 9.)
97. Path. de l'utér. Céphal. de l'utér (Hooper, n° 10.)
98. Path. de l'utér. Céphal. de l'utér. (Hooper, n° 11.
99. Path. de l'utér. Squirrhe de l'utér. (Hooper, n° 14.
100. Path. de l'utér. Cancer de l'utér. (Hooper, n° 15.)
101. Path. de l'utér. Hydrop. de l'ovaire. (Hooper, n° 20.)
102. Corps fibreux et polypes de l'utérus
103. Animaux venimeux. (16 fig.)
104. Entozoaires. (28 fig.)
105. Animaux venimeux. (10 fig.)
106. Animaux venimeux. (5 fig.)
107. Animaux venimeux. (5 fig.)
108. Insectes venimeux parasites. (17 fig.)
109. Rég. hémicéph. int. droite. (M. Lebaudy.)
110. Région hémicéph. interne gauche. (M. Lebaudy.) (Trompe d'Eustache, cathétérisme.)
111. Région médio-pelvienne droite (femme). (Toucher.) (M. Lebaudy.)
112. Région médio-pelvienne gauche (femme). Cathétérisme.) (M. Lebaudy.)
113. Région médio-pelvienne droite (homme). (Cathétérisme.) (M. Lebaudy.)
114. R. médio-pelv. gauche (homme). (M. Lebaudy.)

*Atlas complet d'*ARNOLD *sur les organes des sens.*

115. La peau : sa structure. (Arnold, n° 1.)
116. La peau : poils et ongles. (Arnold, n° 2.)
117. L'œil : parties superficielles. (Arnold, n° 4.)
118. L'œil : voies lacrymales. (Arnold, n° 5.)
119. L'œil : structure du bulbe. (Arnold, n° 6.)
120. L'œil : vaisseaux et nerfs. (Arnold, n° 10.)
121. Grossesses vues de face. (Lebaudy.)
122. Grossesses vues de profil. (Lebaudy.)
123. Coupe verticale du ventre au 9e mois de la grossesse. (Lebaudy.)
124. Fœtus et placentas. (Lebaudy.)
125. Principaux diamètres de la tête du fœtus à terme. (Lebaudy.)
126. Étude de la glande mammaire. (Lebaudy.)
127. Région iléo-cœcale. (Lebaudy.)
128. Région hypogastrique. (Lebaudy.)
129. L'œil : pupille. (Arnold, n° 6.)
130. L'œil : rétine et corps vitré. (Arnold, n° .
131. L'œil : cristallin. (Arnold, n° 8.)
133. L'œil : muscles et vaisseaux. (Arnold. n° 9.)
132. La langue : muscles. (Arnold, n° 11.)
134. La langue : vaisseaux, nerfs, etc. (Arnold. n° 12.)
135. Le nez : cartilages, muscles. (Arnold, n° 13.)
136. Le nez : fosses nasales. (Arnold, n° 14.)
137. Le nez : membranes muqueuses. (Arnold, n° 15.)
138. Le nez : fosses nasales, nerfs. (Arnold, n° 16.)
139. L'oreille externe : conduit auditif ext. etc. (Arnold, n. 17.)
140. L'oreille id. : vaisseaux, nerfs, etc. (Arnold, n. 18.)
141. L'oreille moyenne : osselets. (Arnold, n. 19.)
142. L'oreille id. : vaisseaux, nerfs internes. (Arnold, n. 20.)
143. L'oreille interne : labyr., canaux. (Arnold, n. 21.)
144. L'oreille id. : limaçon ; ses nerfs, etc. (Arnold, n. 22.)
145. Articulations de la colonne vertébrale (Arnold).
146. Articulations costo-vertébrales (Arnold).
147. Articulations pelviennes (Arnold).
148. Articulations du sternum (Arnold).
149. Articulations des deux premiers vertèbres ; A. temporo-maxillaire ; A. scapulo-humérale (Arnold).
150. Opération de la cataracte (Desmarres).
151. Articulations vertébrales ; A. maxillaire (Arnold).
152. Articulations du coude et de la main (id.).
153. Ligaments de la main (id.).
154. Articulations et ligaments du bassin (id.).
155. Articulations et ligaments du bassin (id.).
156. Scléroticonyxis (Desmarres).
157. Articulations de la hanche et du genou (Arnold).
158. Articulation du genou (id.)
159. Ligaments du coude-pied et du pied (id.)
160. Ligaments du coude-pied et du pied, suite (id.).
161. *Anatomie microscopique.* — Parties élémentaires des liquides et des solides.
162. Parties élémentaires des solides (suite).
163. Granules de sperme et spermatozoaires (Wagner).
164. Structure des ovules dans l'ovaire (id.).
165. OEufs de poule au 1er stade d'incubation (id.).
166. Embryon du poulet au 2e stade d'incubation (id.).
167. (*Chirurgie oculaire*). Opération de la cataracte (Desmarres).
168. Pupille artificielle (id.).

PARIS. — IMPRIMERIE DE COSSON, RUE DU FOUR-SAINT-GERMAIN, 47.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — MAI 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Institutions médicales.

Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

(Suite et fin. — Voy. le dernier n°.)

Nous avons fait voir dans l'article précédent combien ce projet de loi est funeste au point de vue de l'exercice de notre profession. Nous avons montré :

1° Que, de toutes les mesures qu'il contient, la plus inique, comme la plus odieuse, est celle qui attribue aux tribunaux le droit d'interdire à un médecin l'exercice de sa profession, non-seulement à la suite d'une condamnation criminelle, mais encore à la suite de toute condamnation correctionnelle.

2° Nous avons dit que l'art médical appartient, par sa nature, à la classe des professions essentiellement libres ; qu'il ne saurait être converti en un *service public*, relevant de l'administration préfectorale, sans compromettre l'intérêt des malades et la sécurité des familles, et sans porter les plus graves atteintes à l'indépendance nécessaire au praticien.

3° Que l'établissement de médecins cantonaux, choisis par le préfet, et tous les cinq ans révocables par lui, peut bien, sans doute, être utile au pouvoir au point de vue des influences électorales ; mais qu'une institution conçue d'après ce plan transformerait le corps médical en une compagnie de courtiers d'élections qui couvriraient la France ; qu'on verrait les meilleurs postes devenir la prime, non du plus capable, mais du plus intrigant ; qu'initiés à tous les secrets des familles, les médecins pourraient en violer le sanctuaire pour se faire les complaisants de l'autorité dont ils auraient tout à attendre, et qu'un pareil rôle serait aussi dégradant pour eux que dangereux pour la sécurité des citoyens.

4° Que si l'on veut récompenser des praticiens honorables qui dans les localités pauvres consacrent leur science et leurs sueurs au service des indigents, sans trouver dans les faibles honoraires qui leur en reviennent un dédommagement des sacrifices que leur a coûtés l'acquisition de leur état, on peut prendre de tout autres moyens pour concilier l'intérêt des malades avec la juste récompense qui est due au médecin ; que l'on peut, par exemple, allouer par quartier, par commune ou par canton (selon les ressources des localités et le rapprochement de la population), une somme au praticien qui voudra se charger spécialement de donner des soins gratuits aux indigents du canton, de la commune ou de tel quartier désigné, ainsi que cela se pratique déjà dans plusieurs départements de la France.

Que si, entrant dans une voie plus large, et modelant, par exemple, l'institution du corps médical sur celle des desservants des cultes, on veut que ce soit l'état qui salarie tous les médecins, eh bien ! on n'a qu'à faire comme pour ces institutions, c'est-à-dire qu'après avoir classé les nouveaux docteurs d'après leur ordre de mérite reconnu par un jury compétent, on pourrait désigner à chacun sa place, mais une place indépendante des caprices de l'autorité administrative.

Eh quoi ! dans l'ordre militaire, qui de sa nature est le plus despotique de tous, les chirurgiens obtiennent leur place d'après des concours dont leurs pairs sont seuls juges ; et, dans l'ordre civil, c'est à l'arbitraire du préfet qu'on laisserait le soin de leur nomination ou de leur destitution !

5° Qu'il serait urgent d'établir dans chaque canton ou d'adjoindre aux pharmacies existantes une pharmacie centrale, où les classes indigentes pourraient se pourvoir des médicaments qui sont indispensables, et sans lesquels les ordonnances du médecin sont complètement inutiles.

6° Nous avons dit encore que l'institution de conseils médicaux de département nous paraît bonne en soi ; mais que, pour avoir une valeur véritable, les membres doivent en être désignés non par le préfet, mais à la suite d'une élection faite par les médecins de chaque arrondissement, tous les cinq ans par exemple. Nous désirons, en second lieu, que ces conseils médicaux destinés à relier en corps la grande famille médicale et à éclairer soit l'administration, soit les corps savants, sur tout ce qui intéresse la santé publique, comme aussi à faire l'inspection des pharmacies, que ces conseils médicaux, disons-nous, ne soient jamais chargés du rôle de délateurs, soit à l'égard de leurs confrères, soit même à l'égard des charlatans. C'est à la police à veiller sur ces derniers.

7° Nous avons émis le vœu que, pour examiner sérieusement toutes ces questions et

celles du même ordre qui pourront s'élever par la suite, on crée un *conseil médical supérieur* où seront représentés, par leurs délégués, soit les conseils médicaux des départements, soit les facultés et les écoles. Ce conseil, seul compétent dans les matières médicales, serait convoqué à des époques déterminées, tous les deux ou trois ans par exemple. Il pourrait éclairer l'administration sur tout ce qui intéresserait la pratique et l'enseignement de la médecine. Le ministère de la guerre n'a-t-il pas reconnu la nécessité de créer un conseil de santé? Est-ce que dans l'ordre civil les médecins doivent être moins bien traités?

Voilà ce que nous avons établi dans le premier article. Examinons aujourd'hui le projet de loi au point de vue de l'enseignement.

Equivalence des diplomes pris à l'étranger.

Un premier reproche, c'est d'attribuer au ministre et au conseil royal le droit de décider si les titres conférés à l'étranger sont équivalents aux titres pris en France. Il est évident que c'est faire juges d'une question des personnes qui y sont essentiellement incompétentes; qu'il faudrait laisser aux facultés respectives qui confèrent les grades le soin de juger de l'équivalence des titres, sauf, si l'on craint quelques abus, à soumettre leur décision à l'approbation de l'autorité centrale. Il serait même à propos que cette vérification des titres pût avoir quelque publicité, de même qu'en a l'acquisition des grades. Nous pouvons affirmer avoir vu de nos yeux *des diplomes de docteur achetés à l'étranger*. Il ne tiendrait donc qu'à une faveur ministérielle, accordée à une sollicitation influente, de convertir des diplomes ainsi acquis en diplomes obtenus par des études réelles!

Suppression des officiers de santé.

Nous n'avons rien à dire contre la suppression des officiers de santé. Il est naturel que l'on exige les mêmes garanties d'instruction de ceux qui doivent jouir des mêmes droits. Cependant n'y aura-t-il pas quelque danger à laisser privés des premiers secours de l'art une immense quantité de villages, offrant trop peu de ressources pour qu'un docteur, qui a fait de grands frais d'études, consente à s'y établir? C'est une question que l'expérience ultérieure décidera et sur laquelle on sera à temps de revenir.

Ordre et durée des études.

Le projet de loi exige des élèves en médecine cinq années d'études au lieu de quatre. Nous exprimerons le désir qu'elles soient réparties d'une manière plus convenable qu'elles ne le sont en ce moment. Aujourd'hui les élèves consacrent ordinairement la première année à l'acquisition du titre de bachelier ès sciences; la seconde et la troisième à l'étude de l'anatomie et de la physiologie qui sont l'objet du second examen, et comme ils ne subissent ce second examen qu'après la douzième inscription, c'est-à-dire au commencement de la quatrième et dernière année de leurs études, il s'ensuit qu'ils emploient à l'étude de l'anatomie les trois quarts du temps qu'ils passent auprès des écoles; car, bien qu'il leur soit loisible de suivre en même temps les autres cours, cependant, comme la perspective de l'examen d'anatomie est leur affaire capitale, c'est presque uniquement à cet objet qu'ils consacrent tous leurs efforts. Il arrive donc qu'ils n'ont qu'une seule année, qui est la dernière, pour étudier ce qui fait l'objet suprême et fondamental de l'art, à savoir, la pathologie interne et externe, la thérapeutique, la matière médicale, l'hygiène, la médecine légale, l'art des accouchements, la clinique médicale et chirurgicale. Que penser d'une pareille répartition? trois années consacrées à l'étude des sciences réputées accessoires, et une seule année à l'étude de ce qui fait le fond de notre science! Faut-il s'étonner qu'après des études aussi mal entendues, les nouveaux docteurs, en arrivant auprès des malades, manquent de connaissances réellement pratiques et qu'ils inspirent très peu de confiance au public, puisque ce n'est que de ce moment qu'ils se mettent à étudier l'art médical proprement dit? N'est-ce pas là peut-être la plus grande cause de la déconsidération qui pèse sur notre profession? Il est vrai que depuis quelque temps on exige que les élèves fassent dans les hôpitaux deux années de stage. Mais quel est ce stage qui consiste uniquement à panser un cautère ou à appliquer quelques cataplasmes ou quelques sangsues? C'est un stage d'infirmier, si l'on n'y joint en même temps une étude solide des doctrines.

Disons aussi que ce mal a sa cause dans l'esprit général qui prévaut depuis longtemps dans l'enseignement, au moins à Paris. Cet enseignement un peu téméraire, distrait, pressé de jouir, méprisant les traditions, privé d'un lien de doctrine solide, ne s'occupant guère que des tissus et du matériel organique, presque sceptique en médecine, n'ayant de foi vive que pour la chirurgie, s'inquiète assez peu des études véritablement médicales; partout où la matière des dissections abonde, il trouve des conditions suffisantes d'instruction. Comme il ne court qu'après les altérations locales et que toute sa pratique consiste à agir sur les tissus, il est tout naturel que l'étude de ces tissus et celle des agents physiques et chimiques qui les modifient soit absolument tout pour lui.

Que si, plus réfléchi et plus libre de ces préoccupations purement matérielles et physiques, il attachait plus de prix à l'étude des grandes lois de la vie, à celle des hautes questions de pathologie médicale, d'hygiène et de thérapeutique, il sentirait la nécessité d'accorder une plus large part à ces branches essentielles de notre science.

Enseignement libre.

Le projet de loi ne parle pas des cours publics que peuvent ouvrir les docteurs en médecine. Mais de ce silence de la loi qui ne les prohibe

pas on peut conclure qu'elle les permet, sans qu'il soit besoin d'établir dans le texte de la loi des conditions spéciales. Nous pensons que des explications seront données aux Chambres à cet égard, de manière à lever toute espèce de doute. Nous ne saurions trop insister pour qu'on laisse libre cet enseignement qui a jeté souvent au moins autant d'éclat que l'enseignement officiel lui-même.

Facultés de médecine.

La Convention créa les *écoles de santé* qui portent aujourd'hui le nom de *facultés*. Elle les voulait grandes et dignes; elle n'en créa que trois, une à Paris, une à Montpellier, une à Strasbourg. Elle donna à ces écoles, comme à l'Institut, cette constitution robuste et indépendante qui convient à des corps savants. Le décret impérial qui créa l'Université pour l'enseignement des colléges respecta cette indépendance des écoles supérieures, pensant avec raison qu'il n'avait rien à voir dans des doctrines aussi spéciales. Mais, depuis, l'autorité administrative de l'Université, par son imprévoyante action, a presque étouffé ces écoles. Il est incroyable combien elle a fait et défait de règlements contraires selon le caprice du jour. Elle a vingt fois troublé l'ordre des concours, quand elle ne les a pas supprimés entièrement; elle a quelquefois dissous une faculté tout entière pour en reconstituer à son gré le personnel, et pour y placer ses créatures. Quelle est l'institution qui peut conserver sa dignité et sa grandeur au milieu de tant de versatilité?

Le conseil royal de l'Université s'est même mêlé de règlementer l'enseignement médical, et, de même qu'il prescrit pour les élèves des colléges les programmes de thèmes et de versions, il est allé, le conseil royal! jusqu'à oser dicter aux facultés de médecine les questions de thèses que les élèves doivent traiter! Où donc a-t-il lui-même étudié ces questions? Les professeurs des facultés de médecine sont-ils des régents de collége? Nous ne craignons pas d'affirmer que c'est cette intervention fâcheuse du conseil universitaire qui, en France, a fait dépérir l'enseignement médical. Le mal est arrivé au point qu'on a de toutes parts protesté contre tant d'arbitraire, et qu'on a demandé avec instance une loi qui sauvât notre profession d'une ruine imminente. Eh bien! le pouvoir administratif a conçu un projet de loi qui plus que jamais consacre cet arbitraire, et qui porte aux facultés le dernier coup, puisque jurys, concours, permutations de chaires, programme de matières, tout est soumis à l'autorité universitaire.

Que le pouvoir central s'occupe de la police des écoles, de leur gestion administrative et financière, de la régularité des cours, des inscriptions, des examens : voilà son rôle; mais tout ce qui touche aux doctrines et à l'art lui-même doit rester libre.

Ecoles préparatoires.

C'est encore cette même autorité administrative qui, il y a peu d'années, détruisant la grande idée de la Convention, a multiplié sans mesure les écoles préparatoires, éparpillant la jeunesse médicale de telle manière que dans plusieurs de ces écoles il y a plus de professeurs que d'élèves. C'est au point que des conseils municipaux ont eux-mêmes répudié ces institutions avortées. Il nous semble que six ou huit de ces écoles préparatoires ou secondaires, situées dans les grands centres et annexées aux facultés, seraient suffisantes pour attirer les jeunes gens vers l'étude de notre profession. Dans ces écoles, qui seraient d'autant plus fortes qu'elles seraient moins nombreuses, on enseignerait les sciences accessoires ou préliminaires et on formerait les élèves aux pansements; mais ils ne devraient passer que deux années dans ces écoles, afin d'aller bientôt puiser dans les grands foyers une science plus solide et plus complète.

Siége des concours et nomination des jurys.

Le projet de loi veut que les concours pour les chaires de professeurs vacantes dans les facultés aient lieu au siége de ces facultés. Mais il réserve au ministre le droit de les fixer à Paris quand il lui plaira.

Cette mesure est aussi arbitraire qu'elle est injuste et dangereuse; elle concentre dans une seule faculté un monopole absolu au préjudice des autres. N'est-ce pas en même temps accuser d'incapacité ou d'injustice l'école qu'on prive ainsi de ses droits? Qui nous assurera que les juges arbitrairement substitués valent mieux que les juges naturels, et que le ministre sera ou plus impartial ou plus compétent pour faire un bon choix? Que si le jury doit se composer des membres mêmes de la faculté où la chaire est vacante, alors pourquoi déplacer le siége des concours? Pourquoi obliger les professeurs d'une faculté à quitter pendant plusieurs mois leur famille, leurs cours, leur clientèle, pour se rendre à Paris, au milieu quelquefois des infirmités de l'âge? Pourquoi enfin ne pas laisser à chaque faculté le droit de se recruter elle-même?

En médecine surtout il y a des rivalités de doctrines et d'écoles; il serait souverainement injuste d'étouffer l'une pour donner plus d'éclat à l'autre. Car ici la lutte et la rivalité ne sont pas seulement une concurrence entre les facultés considérées au point de vue administratif, mais il y a opposition d'idées et de doctrines. L'École de Paris, par exemple, est plus curieuse d'anatomie, plus occupée de sciences physiques et chimiques; celle de Montpellier est plus vitaliste, c'est-à-dire qu'elle s'attache plus à l'étude des lois de la vie, qu'elle se complaît davantage à l'étude de la partie transcendante de la médecine. Eh bien! laissez à chaque école son drapeau et ses allures; elles sont toutes les deux nécessaires l'une à l'autre : elles se surveillent, elles se contrôlent et se complètent mutuellement.

Nous dirons plus encore : il serait dangereux pour la santé publique qu'il n'existât en France qu'une seule faculté. La pratique médicale ne saurait être uniforme; elle varie selon les différences des climats. En jugeant toutes les ma-

ladies des diverses contrées de la France d'après le caractère qu'elles ont à Paris, on s'expose à commettre les fautes les plus graves, à établir les théories les plus erronées, à transporter du nord une pratique meurtrière au midi. Citons-en un exemple : sur le littoral du midi, les fièvres intermittentes ou rémittentes sont si communes qu'elles entrent environ pour un tiers dans la statistique des hôpitaux. A Paris, elles sont assez rares pour que pendant longtemps un professeur éminent de la Faculté ait cru devoir les effacer du cadre des maladies ! Laissons donc toujours vivante et diverse, dans des climats aussi différents, la science qui peut en étudier le génie pathologique et en formuler les règles pratiques.

Dans la formation du jury, le ministre se réserve le droit d'y adjoindre lui-même un certain nombre de juges qu'il choisira à son gré parmi les membres d'une autre faculté, ou dans l'Académie royale de médecine, ou dans l'Institut, ou même au sein d'une faculté des sciences. C'est-à-dire que le ministre se réserve le droit de faire pencher la balance en faveur de qui il lui plaira, tout en se donnant les airs de faire un concours ! Jusqu'ici c'était le jury lui-même qui, une fois constitué, nommait son président, ainsi que cela doit être pour tous les jurys libres ; dans le nouveau projet de loi, c'est le ministre qui se réserve le droit de le nommer lui-même.

Liberté de concourir.

C'est encore le ministre qui arrête la liste des candidats, c'est-à-dire qui veut écarter du concours quiconque aura le malheur de lui déplaire, ou, qui sait ? quiconque portera ombrage à son protégé. Il nous semble que l'exclusion du concours devrait n'être prononcée que pour des motifs, non pas arbitraires, mais rigoureusement définis et énumérés dans la loi.

Mais un attentat des plus graves et des mieux arrêtés contre la liberté des concours, c'est la disposition du projet qui exclut de tout concours pour une chaire de faculté quiconque n'est pas agrégé. Jusqu'ici tout docteur pouvait concourir pour le professorat. C'était là une loi libérale, donnant une large part à ces travaux solitaires, consciencieux, que le talent élabore souvent à l'écart des grands corps ; car, on le sait, les découvertes en médecine viennent plutôt d'en bas que d'en haut, et le fauteuil des académies est plutôt une retraite et un honneur qu'une garantie d'avenir. Eh bien ! le projet de loi prononce un *veto* absolu contre tout homme qui n'aura pas suivi la hiérarchie académique. Un docteur, quels que soient son talent et sa science, n'est pas même admis à lutter contre un agrégé, à moins qu'il ne soit membre de l'Institut ou de l'Académie royale de médecine, etc. Le ministre oublie que le médecin que le hasard a placé dans les campagnes est, non-seulement devant la loi, mais encore aux yeux de la science, l'égal de celui que d'autres circonstances ont placé sur un autre théâtre ; que l'un et l'autre ne relèvent que de leur savoir et de leur talent. On sait que les praticiens qui entendent le mieux leur métier ne sont pas toujours les agrégés ni les professeurs des écoles, ni même les membres de l'Institut ou des académies. Les titres universitaires ou académiques honorent sans doute ceux qui les portent ; ils sont même, si l'on veut, un motif de prévention favorable ; mais ils ne sauraient indiquer une suprématie telle de l'agrégé sur le simple docteur que celui-ci ne puisse pas même entrer en lice avec lui. Tenez compte sans doute de tous les titres acquis ; mais aussi laissez l'arène libre à tous les prétendants ; au lieu de leur fermer la porte, invitez-les à entrer dans la lice ; les concours en seront plus brillants et les chances d'un bon choix plus grandes.

Concours d'agrégation.

Mais l'arrière-pensée du projet est surtout manifeste dans cette simple phrase : *Le jury de concours pour l'agrégation sera composé de membres choisis dans les trois facultés.* Il faut remarquer qu'on ne dit pas si les juges seront choisis dans les trois facultés à nombre égal ou non. L'autorité administrative est libre de choisir tels juges qu'il lui plaira dans une faculté seulement et en tel nombre qu'elle voudra. De plus, il est visible que son intention est qu'un concours général pour toutes les facultés ait lieu à Paris. Elle ne voudrait pas faire nommer les agrégés de Paris par une faculté des départements. Le ministre s'en explique d'ailleurs très expressément dans le projet de loi qu'il a présenté depuis sur l'enseignement du droit, où il est dit que le concours d'agrégation aura lieu à Paris pour toutes les facultés. Ainsi un docteur qui aura étudié avec distinction à Montpellier ou à Strasbourg est sûr de voir toujours fermée pour lui la carrière de l'enseignement médical ; il n'a pas eu les moyens de venir prendre ses grades à Paris, tant pis pour lui. S'il ose tenter le concours, il se trouvera devant des juges d'une partialité révoltante contre tout ce qui n'est pas leurs idées et même leur langage. Les candidats avaient cependant dans leurs facultés respectives quinze à dix-sept professeurs qui pouvaient les juger ; mais alors ils auraient échappé à l'omnipotence du monopole. N'est-ce pas là une injustice criante ?

Mais quelles seront les conditions du concours d'agrégation ? C'est ici qu'apparaît l'irréflexion et l'impéritie de l'auteur du projet de loi. Une longue expérience avait appris aux ministres précédents qu'il fallait distinguer des catégories d'agrégés, les uns pour les sciences accessoires, les autres pour la chirurgie, les autres pour la médecine, sûrs d'avoir ainsi des spécialités imposantes. M. Villemain, pour éviter tout arbitraire, avait même d'avance déterminé les chaires spéciales dont les titulaires devaient composer le jury. Le projet actuel brouille tout, confond tout. Il veut que les aspirants à l'agrégation se préparent à tout savoir à la fois, et rien en particulier, à parler *de omni re scibili*, sur la première invitation et dans un seul concours général, ce qui revient

à dire qu'ils seront médiocres sur tout, qu'on n'aura que des nullités sur chaque partie. Un jeune homme avait étudié spécialement la botanique, un autre la chimie; un autre avait été prosecteur d'anatomie, chef des travaux anatomiques; un autre avait été chef de clinique médicale ou chirurgicale : ils auraient pu faire de bons agrégés pour chacune de ces spécialités, qui sont certes assez vastes. Mais les voilà mêlés dans un concours général, le chirurgien parlant de botanique, le botaniste de pathologie. On comprend que les juges eux-mêmes seront incompétents sur les trois quarts des questions et des candidats. Mais qu'importent ces distinctions à qui veut avoir la toute-puissance dans les affaires médicales? Plus il y aura de confusion possible, plus il aura d'ascendant dans les concours, plus il pourra arbitrairement faire ses choix. La partie du rapport qui est relative à cette innovation est un chef-d'œuvre d'assertions les plus contraires au sens commun. Ainsi on prétexte la fréquence des concours, et ils ne reviennent que tous les trois ans; leur longueur, comme si elle ne tenait pas à la nécessité de diviser ces concours et à la nature même des matières; la difficulté qu'ont les juges à prononcer sur le mérite respectif des concurrents, comme si l'on ne pouvait mieux décider quand ils sont distingués en catégories dont chacune a ses juges compétents que quand ils sont tous confondus dans un seul et même concours!

Nomination directe à des chaires, faite par le ministre sans la voie du concours; permutation de chaires d'une faculté à l'autre.

Une des preuves de la tendance que l'on a à faire dominer dans les facultés de médecine l'enseignement des autres sciences, c'est le droit que se réserve le ministre de nommer à des chaires de médecine des professeurs des facultés des sciences ou des membres de l'Institut. Ainsi, par un renversement étrange de toutes les règles du sens commun, tandis qu'un docteur en médecine n'est pas même estimé apte à concourir pour une chaire de professeur, un homme qui est totalement étranger à la science médicale pourra être chargé d'enseigner cette science! Oui, un savant qui n'est pas même du métier, qui ne sait pas même le premier mot de l'art médical, pourra être nommé, sans concours et selon le bon plaisir d'un ministre, professeur dans une faculté médicale! Il va sans dire qu'il peut aussi être membre des jurys de concours. N'est-il pas vrai que les candidats seront bien jugés, lorsque leurs juges n'entendront pas même les termes dont ils se serviront, et moins encore leurs idées? L'auteur du projet oublie que les sciences accessoires, dès qu'elles entrent dans les facultés de médecine, doivent y revêtir un caractère médical, et que le plus sûr moyen de fausser inévitablement l'enseignement de la médecine, c'est de lui substituer l'enseignement d'une science étrangère. Mais si l'auteur du projet est lui-même un chimiste, et non un médecin, faut-il s'étonner qu'il ait apporté dans la conception de son projet de loi tous ses préjugés?

Nous protestons donc contre l'article du projet qui autorise le ministre lui-même à une chaire sur trois vacances; car, enfin, si le concours est reconnu comme étant à tout prendre le meilleur moyen de recruter les facultés, toutes les fois qu'on déroge à ce moyen on en prend évidemment un plus mauvais. On substitue le favoritisme à une capacité qui fait publiquement ses preuves. Quant aux permutations de professeurs d'une chaire ou même d'une faculté à une autre, nous ne saurions l'approuver davantage; il est bon que le professeur sache qu'il est pour toujours attaché à l'enseignement qu'il professe. Cette considération l'engage dans des études de plus en plus sérieuses. D'un autre côté, les aspirants au professorat sont encouragés à diriger tous leurs efforts vers une chaire qui est dans le caractère de leurs travaux et qu'ils savent devoir inévitablement être mise au concours. Sinon, c'est les rebuter par l'incertitude et le vague de l'existence des concours.

Elèves boursiers dans les facultés de médecine.

Nous ne discuterons point ici l'opportunité de créer des places d'élèves boursiers dans les facultés de médecine. Si ces bourses devaient n'avoir pour objet que de venir au secours du talent pauvre et sans fortune, nous ne pourrions que les approuver; mais comme rien ne nous en garantit la bonne distribution, et que tout, au contraire, nous porte à penser que ce seraient des primes accordées à la pure faveur, nous désirons qu'on repousse entièrement toute création de ce genre.

CONCLUSION.

En résumé, le projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine nous paraît être la plus éclatante condamnation de l'administration qui dirige aujourd'hui les affaires médicales. Non que nous voulions faire remonter jusqu'au ministre lui-même la responsabilité de cette œuvre; il avait dans d'autres circonstances si bien exprimé sa bienveillance à l'égard du corps médical que nous aimons mieux penser que sa bonne foi a été trompée. C'est donc sur le conseil royal de l'instruction publique, conseil essentiellement incompétent en matières médicales, que tombent nos reproches. Nous pensons même qu'en fait, le véritable auteur du projet c'est un conseiller directeur des affaires médicales, qui, n'étant pas même médecin, a introduit dans son projet ses préjugés et ses caprices; qui a voulu étouffer l'indépendance des facultés et des écoles pour asseoir son omnipotence absolue sur l'enseignement tout entier de notre science. Il est temps que ce despotisme ait un terme. Voilà pourquoi nous demandons avec instance qu'une loi soit portée, mais pour nous affranchir de cette aveugle tyrannie, et non pour en river plus que jamais les chaînes. Sans

doute, s'il plaît au pouvoir administratif, il peut faire passer par ordonnance, et sans consulter les Chambres, plusieurs des dispositions du projet. Mais, pour émaner d'une ordonnance, les mesures n'en seront pas moins condamnables et universellement réprouvées. Pourquoi plutôt le pouvoir n'écouterait-il pas la voix de la justice et de la raison? Le ministre veut-il attacher son nom à une œuvre inique qui, sous prétexte d'organiser le corps médical, tend, au contraire, à en consommer la ruine? Formulons ici une dernière fois nos conclusions sur tout le projet.

1° Nous demandons la suppression entière de l'article 7 du projet de loi, article inique, odieux, monstrueux presque, qui établit par rapport aux médecins une pénalité exceptionnelle, en leur interdisant l'exercice de leur profession à la suite de toute condamnation criminelle ou correctionnelle.

2° Nous repoussons l'institution de médecins cantonaux, à titre de serviteurs publics, nommés par les préfets. Que si l'on veut assurer aux indigents les secours de l'art, on doit laisser, soit aux communes, soit aux conseils généraux, le soin d'accorder des honoraires aux médecins qui se chargeront spécialement de ce service.

3° Il serait urgent d'établir dans chaque canton des pharmacies centrales où les indigents pourraient se pourvoir des médicament indispensables. On accomplirait ainsi une grande œuvre d'humanité.

4° L'institution des conseils médicaux de département est bonne en soi, mais à condition qu'on ne fera pas d'eux un comité de délateurs.

5° Dans les cas où des titres acquis à l'étranger doivent servir en France, il est convenable que les facultés respectives examinent la valeur, l'équivalence de ces titres.

6° En même temps qu'on supprimera les officiers de santé, on doit aviser à ce qu'une immense quantité de petites communes, qui n'ont pas d'autre médecin, ne soient pas privées des premiers secours de l'art, et particulièrement en ce qui concerne les pansements.

7° L'ordre des études classiques doit être disposé de manière que, sans négliger les sciences accessoires, on accorde cependant une plus grande part qu'on ne le fait aujourd'hu aux études véritablement médicales, en sorte qu'on forme réellement des médecins et des chirurgiens, et non pas seulement des dissecteurs et d'assez mauvais chimistes.

8° Il doit être libre à tout docteur d'enseigner publiquement la médecine.

9° Il est convenable de réduire le nombre des écoles préparatoires à six ou huit; mais en même temps on doit donner à celles-ci, ainsi qu'aux facultés, un peu plus de cette force et de cette indépendance qui conviennent à des corps savants aussi spéciaux. Elles ne doivent en aucune façon relever du conseil royal, mais de leur propre constitution, comme cela a lieu pour les académies. L'autorité administrative n'y doit intervenir que pour surveiller l'exécution des lois et la régularité des cours, des examens et des inscriptions.

10° Les concours pour les chaires vacantes dans les facultés et les écoles doivent avoir lieu au siége même de la faculté ou de l'école où la chaire est vacante. Les juges du concours, au lieu d'être livrés à l'arbitraire, doivent être déterminés d'avance, d'après la nature de l'enseignement qu'ils professent et qui se rapproche le plus de celui de la chaire vacante.

11° Tout docteur en médecine doit être libre de se présenter à toute espèce de concours.

12° Chaque faculté doit être exclusivement appelée à nommer ses agrégés, et il doit y avoir autant de catégories d'agrégés et de concours distincts qu'il y a de branches principales dans l'enseignement. Sans ces conditions, il n'y a plus de vie pour une école; car sa vie est dans ses idées; elle meurt, si elle ne se recrute pas elle-même.

13° Toutes les chaires de professeur, comme toutes les places d'agrégés, vacantes, doivent être données au concours.

(Sur ces quatre derniers points, il n'y a rien à innover; les règlements qui nous régissent en ce moment sont incomparablement préférables à la loi que l'on propose.)

14° Il n'y a point lieu à créer d'élèves boursiers dans les facultés de médecine. Mais si l'on veut encourager le talent pauvre et sans fortune, on n'a qu'à organiser dans les facultés et les écoles des places d'aides et d'internes données au concours et honorablement rétribuées.

15° Nous désirons que toutes les places de médecin d'hôpital soient au concours, mais à un concours où l'on ne tiendra pas seulement compte de la facilité de la parole, mais où l'on pèsera tous les titres acquis.

16° Il importe de créer un *conseil médical supérieur*, composé de membres délégués, soit par les facultés et les écoles, soit par les conseils médicaux des départements, qui, s'assemblant à des époques régulières (tous les deux ou trois ans par exemple), éclaire le pouvoir sur tout ce qui intéresse la science et la pratique de la médecine. Ce conseil serait autrement compétent que le conseil royal de l'Université. Le ministère de la guerre a cru devoir s'adjoindre un conseil de santé. Pourquoi dans l'ordre civil nos facultés sont-elles moins bien partagées? Pourquoi sont-elles règlementées par un conseil totalement incompétent et étranger à notre art, et par conséquent aveugle quand il n'est pas hostile? Pourquoi le corps médical tout entier doit-il être livré pieds et poings liés au caprice de quelques membres du conseil royal?

—

REVUE CLINIQUE.

II. Clinique chirurgicale.

Nouveau mode de réduction du paraphimosis.

Il est entré dernièrement dans les salles de M. Blandin, alors remplacé par M. Chassaignac, un homme atteint d'un paraphimosis datant déjà de huit jours, avec induration semi-cartilagineuse du prépuce. M. Chassaignac a employé, à cette occasion, un procédé de réduction qu'il a antérieurement mis en usage avec succès une douzaine de fois. Voici quel est le manuel opératoire : la verge est saisie d'une main, à pleine poignée, tandis que, de l'autre, on appuie sur la pointe du gland avec la pulpe du pouce seulement. Les deux mains agissent simultanément, mais avec une force inégale et en sens opposé. La pulpe du pouce comprime le gland en arrière et en bas avec assez de force; la main qui embrasse circulairement le prépuce l'attire doucement en avant et en haut. Cette manœuvre est quelquefois très longue : elle peut durer un quart d'heure, une demi-heure et plus; le chirurgien peut avoir besoin qu'un aide applique son pouce sur le sien; car le but de la manœuvre est moins de forcer le gland à dilater forcément l'anneau préputial que de diminuer par la compression l'afflux de sang dans le premier et de réduire graduellement par-là son volume. M. Chassaignac, depuis qu'il a recours à cette manœuvre, n'a plus trouvé de paraphimosis irréductibles. Il a en effet réussi chez le malade en question, quoique le prépuce fût déjà passé à un état presque cartilagineux. Quelques jours après il a pratiqué chez ce malade l'opération du phimosis pour le mettre à l'abri du retour des mêmes accidents.

Chute du rectum. — Boutons de feu.

Cet accident s'observe assez fréquemment chez les enfants de mauvaise constitution, débilités et en proie à des alternatives de diarrhée et de constipation. La chute du rectum offre deux variétés : chez l'adulte, l'intestin fait ordinairement saillie tout entier à l'extérieur; chez l'enfant, c'est le plus ordinairement la muqueuse toute seule; mais elle peut entraîner plus ou moins les autres membranes après elle. Ces deux variétés de chute du rectum sont aisées à distinguer l'une de l'autre par l'introduction du doigt autour du sphincter anal. Lorsqu'il y a simplement chute de la muqueuse, le doigt ne peut franchir le cul-de-sac; quand il y a chute de l'intestin, le doigt pénètre plus ou moins jusqu'à l'invagination. Les astringents, sous quelque forme qu'on les administre, sont tout-à-fait impuissants contre cette dernière espèce. Le seul moyen à employer est de repousser l'intestin assez haut pour qu'il ne retombe pas de lui-même. M. Guersant se sert, à cet effet, d'une tige métallique implantée dans un manche de bois. L'extrémité de cette tige se soude sur un anneau qui embrasse l'intestin et le fait remonter à une hauteur que le doigt seul ne pourrait atteindre. Mais si ce mode de réduction est assez facile, on n'obtient pas toujours le succès désiré. Au moindre cri, au moindre effort de défécation, la hernie se reproduit, la muqueuse s'enflamme, la diarrhée s'allume et les enfants succombent presque toujours après un temps variable.

La chute de la muqueuse seule est un accident beaucoup moins grave. Il suffit, en ville, ordinairement de combattre la diarrhée et la constipation par des bains, des toniques; l'on arrive ainsi à faire disparaître la chute du rectum. On ne réussit pas aussi bien dans les hôpitaux. On y arrive cependant quelquefois encore au moyen des lotions froides, des astringents, du tamponnement.

Ces derniers moyens s'étant néanmoins montrés impuissants chez une petite fille de trois ans qui portait une chute de la muqueuse du rectum, M. Guersant eut l'idée d'essayer la cautérisation à l'aide de l'acide hydrochlorique légèrement étendu d'eau, médication récemment conseillée, dit-il, par un médecin allemand (1). Il n'en obtint aucun résultat avantageux. On a également conseillé contre cette affection l'excision des plis de l'anus. M. Guersant a plusieurs fois essayé cette opération et n'a jamais réussi.

L'enfant dont il s'agit ici était dans un état qui exigeait une médication énergique. Les gencives étaient gonflées et saignantes; elle toussait un peu. M. Guersant se décida à pratiquer des cautérisations autour de la muqueuse avec un bouton de feu, au point de jonction de la muqueuse et de la peau. L'anus était largement ouvert; la muqueuse formait à l'extérieur une tumeur rouge du volume d'un œuf de poule. On la réduisait assez bien; mais il fallait renoncer à la maintenir réduite. On la fit rentrer néanmoins; puis on appliqua deux boutons de feu sur la muqueuse à son point de jonction avec la peau; mais les cris violents que poussait l'enfant l'ayant fait saillir de nouveau, on acheva de la cautériser sans la réduire. On appliqua ainsi cinq ou six boutons de feu, la tumeur fut rentrée dans l'intestin, et on la maintint en place au moyen du tamponnement.

Les jours suivants l'intestin cessa de faire hernie à l'extérieur. Tout faisait donc espérer la guérison, lorsque l'enfant fut prise d'une rougeole qui se compliqua de pneumonie et d'angine et la fit succomber quinze jours après l'opération. Celle ci avait d'ailleurs si bien réussi, que, bien que dans les derniers jours de la vie il y eût de la diarrhée, la chute du rectum ne s'était plus reproduite.

— Quelques semaines après, un petit garçon a subi la même opération pour une chute de la muqueuse du rectum. Cet accident ne s'est plus reproduit. On n'a pas attendu la cicatrisation complète des petites plaies pour le rendre à ses parents, de peur qu'il ne fût ensuite emporté par une de ces complications si fréquentes à l'hôpital des Enfants.

(1) M. Jaesche, de Minsk, s'est d'abord servi de l'acide sulfurique; mais il a ensuite donné la préférence à l'acide nitrique fumant. (Voy. le n° de décembre dernier.)

Maladies de l'oreille.

III. Mémoire et observations pratiques sur les écoulements d'oreille.—Suite (1).

De la thérapeutique des écoulements d'oreilles.

Personne n'ignore combien l'on apporte généralement d'inexpérience et de légèreté dans l'appréciation des maladies qui attaquent l'organe auditif; on est plus impuissant encore dans l'administration des remèdes qui leur conviennent. Il suffit, pour s'en convaincre, d'ouvrir un formulaire ou un traité de matière médicale : on y trouve des injections, des pommades et d'autres médicaments contre les bourdonnements, l'otorrhée, l'*écoulement d'oreilles*, etc., comme si des maladies aussi variées dans leurs causes, leur nature et leur gravité que celles qui donnent lieu aux symptômes qui précèdent, exigeaient un traitement analogue. Bien plus, les huiles, pommades, etc., préconisées sous le nom d'acoustiques, et qui doivent être introduites dans l'organe, offrent des propriétés qui les rattachent, toutes ou à peu près, à la classe des *irritants*. Or, il suffit de rappeler que plusieurs flux d'oreilles sont produits par la phlogose, d'autres par la lésion d'une partie plus ou moins éloignée du conduit auditif, pour que l'on comprenne aussitôt le danger et l'inutilité de ces remèdes dans une foule de cas.

Si la classification que j'ai choisie pour décrire les flux divers du conduit auditif est rationnelle, les indications curatives doivent logiquement en ressortir. Ainsi, aux *écoulements idiopathiques* devra correspondre une médication locale, agissant presque exclusivement sur le conduit auditif. Dans les *écoulements symptomatiques*, au contraire, la médication locale sera nulle, ou du moins ne remplira qu'un rôle secondaire, tandis que les agents modificateurs de l'économie tiendront le premier rang. Dans les *flux substitutifs*, l'indication thérapeutique aura pour objet à peu près constant de rappeler à son siége primitif l'écoulement supprimé, tandis que les *flux critiques* devront être respectés comme le produit d'un effort salutaire qui ouvre un émonctoire à l'élément morbide. Telles sont, en effet, les conclusions générales qui ressortent de l'étude des faits particuliers de thérapeutique dans lesquels je vais entrer.

A. Du traitement des écoulements idiopathiques de l'oreille.

1° L'*écoulement otorrhéique*, qui, comme nous l'avons vu, a sa source dans les glandes sébacées du conduit auditif, réclame les moyens médicamenteux qui conviennent au traitement des inflammations glanduleuses. Les déplétions sanguines ne sont que bien rarement indiquées, en raison de la faiblesse constitutionnelle de la plupart des sujets, et aussi en raison de l'inefficacité des saignées dans les affections glandulaires. Les évacuations intestinales, au contraire, et les révulsifs cutanés sont fort souvent utiles pour seconder l'action des moyens locaux qui tiennent, sans contredit, le premier rang.

Il suffit quelquefois d'entretenir avec un soin minutieux la propreté du conduit auditif et de vivre dans une température douce et uniforme pour obtenir la guérison des otorrhées très légères. Mais ces cas sont tout-à-fait exceptionnels, et le plus ordinairement il faut, pour arriver à ce résultat, recourir à des moyens plus actifs.

On a beaucoup préconisé l'emploi de l'azotate d'argent dans la thérapeutique de l'otorrhée. Je dois avouer que ce sel, qui est le modificateur par excellence des maladies de l'appareil muqueux, ne m'a pas rendu, dans les affections cutanées du conduit auditif, les services que j'en attendais; j'ai retiré, au contraire, des insufflations d'alun calciné des avantages que je n'ai pu obtenir de l'emploi d'aucune autre substance dans le traitement de l'otorrhée.

L'administration de cette poudre est fort simple. On débarrasse, par quelques injections aqueuses, de la suppuration qui l'englue, le conduit auditif malade. On l'essuie avec une boule de coton, puis on introduit à une certaine profondeur l'extrémité d'un chalumeau contenant dans sa cavité une pincée de poudre que l'on chasse jusqu'au fond du canal en soufflant par l'autre bout. Après cette insufflation, le malade éprouve d'ordinaire une chaleur et des picotements qui quelquefois durent deux ou trois heures, mais le plus souvent cessent au bout de quelques minutes. Le lendemain et le surlendemain, on recommence de la même manière l'insufflation alumineuse, et quelquefois on est assez heureux pour tarir en quelques jours la source d'écoulements déjà fort anciens. En voici un exemple :

M. L..., âgé de quatorze ans, de bonne constitution et élève d'un collége de Paris, éprouva, le mois de juin dernier, pendant la nuit qui suivit une longue promenade, une démangeaison et des élancements assez vifs dans le conduit auditif droit. La douleur et les battements persistant le lendemain, M. L... consulta le médecin de l'établissement, qui prescrivit une application de sangsues, des pédiluves sinapisés et un purgatif. Sous l'influence de ces moyens, le gonflement et la douleur diminuèrent; mais le suintement limpide qui avait paru dès les premiers moments augmenta d'une manière notable en prenant plus de densité. Le médecin de M. L... fit administrer un nouveau purgatif et appliqua derrière l'auricule plusieurs vésicatoires qui tous coulèrent abondamment sans que le flux auriculaire diminuât d'une manière sensible. On injecta en même temps des solutions de sels de plomb, de zinc et d'argent; mais ces moyens, comme je viens de le dire, demeurèrent à peu près sans succès, et le jeune L...

(1) Voir les numéros de décembre 1846, janvier et février 1847.

partit en vacances, emportant son écoulement d'oreilles. Le médecin de sa famille entreprit un nouveau traitement où les vésicants et les injections astringentes ne furent pas plus épargnés que dans le premier; mais le flux auriculaire résistant avec opiniâtreté, Madame L... résolut de faire le voyage de Paris, et, devançant les vacances, elle vint me présenter son fils le 21 septembre dernier.

Je n'eus pas de peine à reconnaître chez M. L... une otorrhée avec gonflement notable des tissus du conduit auditif droit. Le malade portait encore, derrière l'auricule et à la nuque, la trace des nombreux exutoires qui y avaient été appliqués. Il n'entendait plus qu'à 40 centimètres de ce côté le bruit de ma montre qu'il entendait à plus d'un mètre et demi à gauche, et il était en outre tourmenté de bourdonnements continuels. Fort heureusement la membrane du tambour, épaissie d'ailleurs comme le reste des parois du conduit, avait conservé son intégrité complète. Après avoir, au moyen de quelques injections d'eau tiède, débarrassé le canal du pus qui l'obstruait, j'insufflai deux fortes pincées de poudre alumineuse. Le lendemain, je vis avec joie que le gonflement cutané était beaucoup moindre et que le malade entendait ma montre à plus de 50 centimètres de distance. Je fis une nouvelle insufflation d'alun; puis madame L... fit une absence qui dura huit jours. Pendant ce temps, on se borna, d'après mon conseil, à pratiquer chaque jour deux injections avec une infusion forte de thé vert. A son retour, M. L..., dont les douleurs avaient presque disparu, entendit ma montre à un mètre. Je lui fis alors dans le conduit auditif une troisième et dernière insufflation d'alun qui a été suivie d'une guérison complète. Celle-ci ne s'est point démentie, ainsi que je m'en suis récemment assuré.

Mais on ne peut guère compter, dans le traitement de l'otorrhée, sur un résultat aussi favorable et aussi prompt que celui que je viens de rapporter. Aux insufflations alumineuses dans le conduit malade il faut souvent joindre les évacuants et surtout les révulsifs cutanés. L'emploi de la pommade émétisée, déjà préconisé par Kramer contre cette maladie, m'a paru toujours préférable à celui du vésicatoire. Ce dernier révulsif, qui est si utile dans la dernière période des affections des membranes séreuses et muqueuses, ne jouit plus de la même efficacité dans le traitement des lésions du conduit auditif.

Mademoiselle J..., agée de quatorze ans, lymphatico-nerveuse et encore impubère, me fut conduite par sa mère au commencement de l'été de 1843. Elle était atteinte d'une otorrhée occupant les deux conduits auditifs, mais plus particulièrement le droit, où l'écoulement avait paru deux ans auparavant, tandis que le côté gauche n'avait été envahi que beaucoup plus tard. Ici encore les sangsues et les vésicatoires avaient été employés avec profusion, et les purgatifs n'avaient pas été épargnés, non plus que les injections émollientes et résolutives.

L'examen attentif des organes malades me fournit les signes suivants: les conduits auditifs, rouges et tuméfiés, sont remplis d'un pus séreux d'odeur très acide et dont le contact irrite et excorie les parties voisines. Après avoir fait quelques injections pour nettoyer les parties, je pus m'assurer de l'intégrité des deux membranes du tambour et porter un pronostic favorable; mais, en raison de la gravité et de l'ancienneté de la maladie, j'annonçai que le traitement serait long. Il dura, en effet, près de trois mois, après lesquels mademoiselle J... fut guérie par l'emploi des moyens suivants. Je prescrivis d'abord des injections d'eau saturnée en augmentant progressivement la dose du sel. Une injection était faite chaque matin, une autre le soir, et les oreilles étaient essuyées ensuite avec soin. En même temps on pratiqua derrière chaque oreille des frictions stibiées jusqu'à l'apparition de pustules, puis je faisais tous les deux jours une insufflation d'alun dans les conduits malades. Pour combattre un engorgement considérable des ganglions cervicaux et activer en même temps les fonctions digestives, je prescrivis pendant le cours du traitement deux vomitifs et plusieurs prises de rhubarbe qui produisirent l'effet que j'en attendais. Je fis recommencer trois fois les frictions derrière l'oreille où l'otorrhée était le plus rebelle. Quant au côté gauche, il fut guéri dès la première quinzaine, et enfin, comme je l'ai dit, au bout de trois mois l'écoulement et la surdité avaient cessé complètement chez mademoiselle J..., qui jouissait encore l'été suivant d'une excellente santé.

Si je n'ai pas insisté, en commençant, sur l'utilité des prescriptions hygiéniques dans le traitement de l'otorrhée, c'est parce que je sais qu'il n'est aucun praticien qui n'en sente l'importance contre une maladie essentiellement chronique, qui s'attaque de préférence aux sujets faibles et naît sous l'influence du froid et de l'humidité. Aussi a-t-on presque toujours à se féliciter de l'emploi des frictions sèches ou aromatiques et de la prescription des gilets de flanelle appliqués sur la peau. Une alimentation saine et tonique, l'usage modéré du vin et une habitation dans une maison bien aérée et exposée au midi, sont encore autant de conditions qu'il est désirable de réunir dans le traitement de l'otorrhée.

2° Pour procéder méthodiquement au traitement de l'*otite*, il faut distinguer avec soin les deux périodes principales de la maladie. Dans la première, qui correspond à l'invasion de la phlogose, les applications de sangsues, les fumigations émollientes et les bains de pieds sont surtout indiqués; c'est au devant de l'organe qu'il convient d'appliquer les moyens de déplétion; et l'on ne doit pas craindre de laisser le sang couler avec une certaine abondance. L'otite n'attaque guère que les sujets vigoureux, et la saignée est le moyen le plus efficace pour arrêter ou modérer les douleurs

qui souvent deviennent atroces. On doit même, chez quelques sujets pléthoriques, débuter par une ou deux saignées générales, et celle du pied a, dans ces cas, une incontestable efficacité.

Dans la seconde période de l'otite, qui correspond à la formation du pus, le but n'est plus de faire avorter la maladie, mais bien d'en favoriser la résolution, ou tout au moins de hâter la maturation de l'abcès. On doit ouvrir celui-ci aussitôt que la collection est formée, ce que l'on reconnaît aux battements et à l'élévation de la tumeur; c'est le seul moyen de soulager promptement et efficacement le malade. Le reste du traitement consiste à favoriser la suppuration dans les premiers temps et à seconder vers la fin le travail de la cicatrisation. Les moyens que l'on met en œuvre dans les cas analogues, et qu'il est inutile de rappeler aux praticiens, sont encore ceux qu'il convient d'employer dans celui-ci.

3° Le point essentiel, dans le traitement de la *carie du cornet osseux du conduit auditif*, c'est de favoriser la formation des bourgeons charnus qui doivent remplir le fond de l'ulcère. A cet effet, il faut enlever, au moyen des injections, des pinces ou des curettes, toutes les esquilles qui jouent ici le rôle de corps étrangers. Si l'on constate, à l'aide du stylet, la présence d'un séquestre plus ou moins volumineux, on ne doit pas balancer à faire les incisions et les débridements convenables pour l'extraire.

Il est quelquefois utile, pour arrêter les progrès de la mortification osseuse, de cautériser le fond de la petite plaie. Si celle-ci se trouve par hasard à l'orifice du conduit et permet l'emploi du cautère actuel, on doit l'employer de préférence à tout autre moyen. La difficulté d'introduire le fer rouge à une certaine profondeur dans un canal aussi étroit que le conduit auditif force le plus souvent à le remplacer par un caustique chimique. On a à choisir en ce cas entre le nitrate acide de mercure et la solution très concentrée d'azotate d'argent dont on porte une gouttelette dans la petite plaie au moyen d'un pinceau, ou mieux encore à l'aide d'un petit tube en verre. Quelques chirurgiens préfèrent l'application directe de l'azotate d'argent solide, conduit au fond de l'ulcère dans un porte-crayon très mince et effilé.

Des injections émollientes pratiquées chaque jour servent à débarrasser le conduit auditif de la suppuration fournie par les bourgeons charnus. Lorsque ceux-ci restent mous et blafards, il faut les activer au moyen d'excitants, tels que les baumes populaires d'Arcæus, etc., portés à leur surface au moyen de petites mèches en charpie. Quand, au contraire, les bourgeons pullulent avec trop d'activité et deviennent saignants, on doit les réprimer au moyen de l'azotate d'argent ou même les réséquer avec de petits ciseaux courbes s'ils sont très saillants.

A moins qu'elles ne soient le produit de lésions traumatiques, les caries du cornet osseux de l'oreille ne se montrent guère que chez des sujets faibles, cachectiques, ou sous l'influence des diathèses syphilitique et scrofuleuse. Ces divers états, comme on le conçoit, réclament des médications particulières que l'on doit remplir avec soin si l'on veut que la cicatrisation s'opère. Ce n'est point ici le lieu de rappeler ces indications qui rentrent dans le domaine de la thérapeutique générale, et qui, par conséquent, sont connues de tous les médecins et appliquées journellement par eux.

4° J'ai insisté, en parlant du diagnostic des écoulements d'oreilles dus aux *corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe*, sur la nécessité de reconnaître préalablement l'existence de ceux-ci. Ce premier point bien constaté, il reste à remplir une indication qui leur est commune à tous, c'est de les extraire. Mais, avant de procéder à cette opération, on doit s'assurer de la consistance, du volume, de la nature et des autres propriétés de ces corps, de la profondeur à laquelle ils sont placés, et enfin des complications qui peuvent résulter de leur présence.

On ne doit procéder qu'avec une grande prudence à l'extraction des *corps durs* enfoncés dans le conduit auditif. L'expérience a démontré plusieurs fois qu'en voulant saisir sans précaution des grains de verre ou d'autres substances fragiles, on avait eu le malheur de les briser au grand détriment du malade. Boyer rapporte, dans ses œuvres chirurgicales, l'exemple d'un enfant qui faillit périr à la suite d'une otite violente causée par un chirurgien inhabile qui brisa dans le conduit une perle qu'il en voulait extraire. Un résultat plus fréquent encore et non moins grave des tentatives inhabilement faites pour extraire les corps durs du conduit auditif, c'est la perforation de la membrane du tympan qui a lieu quand on lui imprime des mouvements irrationnels. Enfin, on a vu, dans une foule de circonstances, des douleurs et des phlogoses considérables survenir à la suite de lésions faites aux parois du conduit par les instruments ou par le corps étranger lui-même.

On a conseillé d'instiller dans les conduits auditifs d'où l'on veut extraire des corps étrangers de l'huile destinée à en favoriser le glissement. Ce précepte peut être suivi avec avantage dans quelques cas. Mais ce que l'on ne doit pas omettre, c'est de procéder au traitement par des injections poussées avec force jusqu'au fond du canal. Il arrive souvent que la colonne d'eau comprimée entre la cloison du tambour et le corps étranger suffit pour entraîner celui-ci au dehors. On obtient même quelquefois ce résultat quand tous les autres moyens d'extraction mis en usage ont échoué. A moins que le corps engagé dans le conduit auditif ne présente une saillie notable, on ne doit jamais employer de pinces pour l'extraire. La plupart des perforations de la membrane occasionnées par les tentatives d'extraction ont lieu quand le corps, étant mal saisi par la pince, est poussé en avant. Lorsque l'on parvient à glisser entre le corps

étranger et les parois du canal un stylet mousse et flexible, il suffit souvent de s'en servir comme d'un levier du premier genre, en prenant le point d'appui à l'orifice, pour forcer ce corps à glisser sur la voie qui lui est ainsi préparée. Dans d'autres cas, il est plus avantageux d'embrasser celui-ci dans l'anse d'un fil métallique dont on retient les bouts à l'extérieur. Je suis parvenu ainsi à retirer une bille qui avait résisté à toutes les autres tentatives d'extraction.

Les suppurations du conduit auditif sont souvent entretenues par la présence de *corps mous*, tels que des boules de coton, de laine, etc. On peut encore, eu égard aux symptômes qu'ils provoquent et au traitement qu'ils réclament, ranger dans la même classe les polypes et les excroissances qui jouent dans le canal le véritable rôle de corps étrangers.

Quand les *corps mous* introduits dans le canal jouissent d'une certaine force de cohésion, comme les amas de laine et de charpie, il suffit souvent d'en saisir quelques fils avec une érigne ou une pince à crochets pour attirer la totalité au dehors. Lorsqu'au contraire ces corps sont désagrégés, comme la terre, le sable, etc., c'est en usant des injections d'eau tiède que l'on parvient à les dissoudre et à les faire sortir. Les mêmes injections conviennent encore pour délayer les amas de cérumen formant bouchon au devant de la membrane du tambour.

La conduite du chirurgien dans l'extraction des polypes du conduit auditif doit nécessairement varier selon leur volume, la profondeur où ils sont placés et leur mode d'insertion. S'ils s'implantent près de l'orifice, le procédé opératoire le plus simple consiste à les attirer au dehors avec une pince ou une érigne et à glisser à leur base un petit ténotome à extrémité mousse pour en faire l'excision. Quand, au contraire, l'insertion a lieu dans les parties plus profondes du conduit (cas le plus ordinaire), nul moyen d'extraction n'est préférable au suivant : on pousse au fond du conduit auditif un fil métallique formant une anse dans laquelle on cherche à engager le polype. Celui-ci bien enveloppé, on fait glisser entre les deux bouts du fil restés libres et jusqu'à leur point de jonction un porte-mèche dont la bifurcation sert à les maintenir en place. Croisant alors les extrémités du fil et les réunissant en un seul faisceau, on opère l'arrachement de l'excroissance en tirant avec force dans le sens de la direction du conduit. La ligature, que l'on a proposée dans ce cas, est à peu près constamment impraticable, et la cautérisation, qui est d'ailleurs si souvent impuissante, expose en outre à de graves dangers. Lorsqu'il ne s'agit que d'excroissances ou de simples granulations du conduit, provoquant néanmoins un écoulement morbide, il faut les attaquer, soit avec le fer, soit avec le caustique, ou, mieux encore, à l'aide des deux moyens.

Les insectes, les vers, les larves, etc., dont la présence dans le conduit auditif a été si souvent constatée et qui donnent lieu parfois à de si graves accidents, n'exigent pas pour leur extraction de moyens particuliers. Lorsqu'on ne parvient pas à les chasser au moyen des injections, il faut aller les saisir avec des pinces à dents ou des érignes et les attirer au dehors. On peut encore, si le patient est indocile ou craintif, les détruire en versant de l'huile dans le conduit et maintenant la tête penchée de manière à l'y retenir pendant quelque temps. L'huile d'amandes douces suffit pour cet objet, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux huiles de pêcher, de rue, etc., préconisées par Rhazès et les auteurs.

Je ne parlerai ici ni des tire-fonds ni de l'arsenal d'instruments que l'on a fait construire, soit pour broyer, soit pour extraire les corps étrangers du conduit auditif ; cet examen m'entraînerait au delà des limites qui me sont imposées dans ce mémoire. J'en ai parlé d'ailleurs dans un autre travail (Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille), et je ne crois pas utile d'y revenir.

Bien que l'indication la plus générale dans le traitement des corps étrangers du conduit auditif soit de les extraire promptement, il est néanmoins quelques cas où l'on doit attendre, et ces cas constituent les complications.

Les douleurs et le gonflement déterminés par la présence de ces corps s'opposent, dans quelques cas, à toute tentative d'extraction. Avant de procéder à celle-ci, il faut de toute nécessité combattre l'état morbide par les antiphlogistiques et les calmants. Ce n'est qu'après s'en être rendu maître que l'on peut procéder à l'extraction du corps vulnérant. Certains enfants sont tellement indociles que rien ne peut les convaincre, et l'on trouve plus d'une grande personne encore enfant à cet égard. L'exemple est l'argument que l'on doit employer alors ; on examine les oreilles des personnes qui les accompagnent, et ces enfants consentent ordinairement ensuite à se laisser visiter. Certaines personnes nerveuses éprouvent, à la seule idée de l'introduction d'un instrument dans l'oreille, une répugnance contre laquelle les meilleurs raisonnements viennent échouer. Un officier jeune et robuste, que je traitai pour une dysécie et des bourdonnements qui l'incommodaient depuis plusieurs mois, était dans ce cas. Ce ne fut qu'à grand'peine qu'il me permit d'explorer les conduits auditifs que je trouvai obstrués par un amas de cérumen. Pour l'en débarrasser il suffisait de pratiquer quelques injections d'eau tiède ; mais il pâlit à la première et faillit perdre connaissance à la seconde, bien qu'il avouât n'avoir nullement souffert. Nous dûmes remettre à un autre jour la suite du traitement qui fut suivi, comme on devait s'y attendre, d'une guérison complète.

Lorsqu'après avoir extrait du conduit auditif le corps étranger, cause première des accidents, le flux morbide persiste encore, la maladie rentre dans les conditions de l'otite ou de l'otorrhée, et les moyens de traitement indi-

qués pour ces affections lui sont entièrement applicables.

5° Le traitement de la *dartre humide* ne diffère pas sensiblement de celui qui convient aux autres variétés de l'herpès. Tout le monde sait combien cette éruption est tenace et avec quelle facilité elle reparaît, alors même qu'on la croit complètement guérie. Il faut donc, pour obtenir un résultat favorable, avoir recours à une médication méthodique et soutenue, non-seulement locale, mais encore générale.

Cette dernière médication, qui comprend l'ensemble des moyens thérapeutiques connus sous le nom de *méthode dépurative*, est composée du régime et autres prescriptions hygiéniques, de purgatifs, de sudorifiques, de saignées s'il y a pléthore, en un mot d'une série complète de moyens destinés à modifier la crase du sang. Si la dartre, actuellement fixée dans le conduit auditif, avait existé auparavant sur une autre partie du corps, on devrait s'efforcer de la rappeler à son siége primitif au moyen d'un vésicatoire, et l'on aurait d'autant plus de chances d'obtenir ce résultat que la maladie serait moins ancienne, moins profonde et mieux limitée. Dans un cas de dartre très rebelle de l'oreille, Itard parvint, par des fumigations sulfureuses générales, à guérir complètement la maladie.

Le traitement local, qui d'ailleurs devra varier selon la profondeur, l'étendue, l'ancienneté et les autres caractères de l'éruption, aura surtout pour objet de rendre leur calibre normal aux organes conducteurs du son. On y parvient en introduisant dans le conduit auditif malade des mèches de charpie enduites de cérat soufré et rendues graduellement plus volumineuses. Plus tard, on remplace ces mèches par de petits cylindres d'éponge préparée qui se gonflent en s'imbibant de l'humidité du canal, et s'élargissent ainsi jusqu'à ce qu'il ait repris ses dimensions. Concurremment avec ces moyens, on doit employer chaque jour les lotions sulfureuses et les applications de pommade de même nature.

Tous les praticiens savent combien il est dangereux de supprimer brusquement la *gourme* des enfants. On ne peut donc conseiller sérieusement d'arrêter l'éruption du cuir chevelu ou du visage pour supprimer le suintement des oreilles. Mais on peut, par des soins convenables, modérer ou même faire cesser celui-ci sans nuire à la santé générale de l'enfant. Les lotions fréquentes d'eau, lactée d'abord, puis légèrement blanchie par le sous-acétate de plomb, les injections de même nature rendues successivement plus astringentes par l'addition d'une proportion plus forte du sel, ces simples moyens suffiront d'ordinaire pour obtenir le résultat désiré. Il arrive assez souvent qu'en supprimant le flux de l'oreille on voit augmenter celui du visage ou du cuir chevelu, et, dans ce cas, on n'a rien à redouter de la répercussion de la maladie.

Alors, au contraire, qu'aucun écoulement ne vient suppléer celui que l'on supprime, on peut administrer avec avantage quelques minoratifs, ou même appliquer un vésicatoire au bras du petit malade.

(La fin prochainement.)

M.-E. Hubert-Valleroux, D. M. P.

Médecine pratique.

IV. Traitement des maladies chroniques.

Principiis obsta.

Il est évident que la distinction des maladies en aiguës et chroniques est fondée sur des bases entièrement dépourvues de force et de stabilité : tantôt l'intensité des manifestations pathologiques, tantôt l'activité de la marche et tantôt sa durée. Ces caractères, sans fixité comme sans valeur scientifique, n'étant pas propres à fournir les éléments d'une classification régulière et durable, la division qu'ils établissent mérite à peine d'être conservée pour la commodité du langage ordinaire.

Il nous a semblé bon, néanmoins, de profiter accidentellement de cet abus consacré par l'usage, pour tenter encore une fois de démontrer, d'abord, les inconvénients d'une préoccupation beaucoup trop exclusive de la part du médecin au profit des maladies internes les plus graves et les plus avancées vers leur terminaison, ensuite les avantages d'une étude beaucoup plus soigneuse des affections les plus récentes et les moins compliquées. Ces dernières, en effet, sont le point de départ ordinaire et comme le premier degré des affections aiguës; elles ne sont pas encore un composé de désordres nombreux, enchevêtrés de manière à rendre l'observation des symptômes et des effets thérapeutiques difficile et très incertaine.

Nous traiterons seulement, dans ce mémoire, de la *névrose* et de la *fièvre* lentes, faibles, durables, et par conséquent chroniques; de celles qui sont simples ou compliquées d'un tel degré d'altération inflammatoire que celle-ci ne puisse persister quand la névrose ou la fièvre ont disparu. Nous nous abstiendrons d'y comprendre les affections compliquées de *phlegmasie persistante par elle-même*, c'est-à-dire *d'altération nutritive persistante du tissu propre des organes*. Ces altérations, presque ordinairement incurables à l'état chronique, ou curables seulement par des moyens spécifiques, sont d'ailleurs très rares comparativement. La névrose et la fièvre ainsi séparées de l'inflammation, il ne s'agit plus que d'étudier les viciations de l'action fonctionnelle seule, dans un seul organe ou dans la généralité de l'organisme.

Les affections chroniques exemptes de phlegmasie, susceptibles d'être générales ou d'avoir leur siége fixé dans une circonscription bornée de l'organisme, et par conséquent de revêtir à peu près toutes les formes connues en pathologie interne, peuvent cependant se grouper convenablement sous le titre d'*affection erratique*, à la faveur d'une ressemblance générale qui les rattache les unes aux autres.

C'est ainsi qu'elles paraissent avoir les mêmes causes et qu'elles guérissent par le même traitement. En outre, elles ont toutes uniformément le caractère intermittent ou rémittent, selon que l'altération à laquelle elles sont liées possède une intensité différente. Le nom d'*erratiques* leur est d'ailleurs bien justement acquis par l'irrégularité si mobile des accès, des intermissions, des exacerbations et des rémissions par lesquels on les voit toutes se manifester, au moins dans la constitution médicale présente.

Ces affections, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer ailleurs, ne sont pas d'une autre nature que les affections aiguës; elles sont au contraire identiquement la même affection et susceptibles de guérir par la même méthode thérapeutique. Elles ne sont que le degré le plus inférieur par l'intensité des névroses et des fièvres.

L'affection erratique embrasse tous les cas de maladie interne marqués par des symptômes d'une intensité faible, une marche lente et la tendance à une longue durée; c'est-à-dire à la fois les affections chroniques sans lésion organique si anciennes qu'elles soient, les prodromes aussi fugitifs que possible des maladies aiguës, et les convalescences pénibles qui succèdent souvent à ces dernières.

Il y a de nombreuses raisons pour que l'affection erratique soit considérée comme la partie la plus intéressante du cadre des affections internes, et celle qui mérite le plus, quant à présent, d'occuper toute la puissance de réflexion et d'observation chez les médecins qui travaillent au perfectionnement de la science. D'abord, la simplicité de ses manifestations permet l'analyse des troubles fonctionnels, ainsi que la recherche de la cause immédiate qui les engendre, dans les cas les plus nombreux qui sont aussi les plus légers de tous. Elle permet également de constater avec moins de peine que dans les affections plus compliquées les modifications provoquées par le traitement.

Cette affection, quand on l'abandonne à elle-même ou quand on la conduit dans une mauvaise direction, n'est pas plus exempte de danger que les maladies aiguës, quoiqu'il soit moins pressant en général. C'est ainsi que, dans tout le cours de sa durée, la transformation en maladie aiguë est toujours imminente sous l'influence des causes accidentelles. Or, ces causes sont d'autant plus difficiles à surprendre et à détourner, qu'elles viennent aussi souvent de l'intérieur que de l'extérieur, et que les externes elles-mêmes ne sont pas toujours apparentes. Sous l'influence des causes accidentelles, la maladie erratique peut se terminer soudainement par la mort ou par un accès pernicieux très promptement mortel, ainsi qu'on l'observe particulièrement depuis quelques années chez les sujets viciés ou gravement affaiblis par l'âge. Dans les cas où le hasard n'apporte pas de choc par trop grave du dehors ou de l'intérieur, cette affection a encore l'inconvénient de ne guérir que bien rarement sans être traitée. Elle peut durer ainsi spontanément des années entières avant de se transformer en fièvre aiguë, ou phlegmasie aiguë ou chronique, ou de se terminer par la guérison ou la mort générale.

La maladie erratique fournit au médecin l'immense majorité des cas dans lesquels on réclame ses soins, et ces cas sont les seuls qui lui présentent des chances assurées de guérison par des méthodes perturbatrices régulièrement calculées à l'avance, en exceptant toutefois les maladies aiguës dans les trois premiers jours de leur marche ascendante.

On ne verra pas sans intérêt se placer à côté de cette légère peinture des maladies erratiques l'esquisse également légère des maladies aiguës. La comparaison de leur importance relative peut servir à faire naître dans l'esprit de nos confrères des réflexions très utiles sur la fausseté des relations établies de tout temps entre le public et le corps médical, et sur les moyens qu'ils ont de changer une situation dangereuse et incommode en une autre plus honorable, qui peut servir à la fois au maintien de leur considération et à l'avertissement des gens du monde, lesquels ne savent pas tout ce qu'ils ont à redouter des maladies les plus simples en apparence.

Les maladies aiguës, lorsqu'elles ont dépassé le troisième jour après leur invasion, et beaucoup plus tôt en d'autres contrées que les nôtres, se placent tellement au-dessus de la portée de nos calculs, que nul d'entre nous à cette époque ne saurait honorablement et avec certitude déterminer et prédire leur issue, en les traitant par une méthode de perturbation active. Il s'effectue des guérisons sans doute, mais en nombre variable, sans qu'on sache à l'avance par combien de pertes elles seront balancées, ni quelles seront les victimes choisies dans le nombre total des sujets affectés, à peu près comme si l'on se bornait à l'emploi de simples moyens hygiéniques.

La cause de l'incertitude en matière de traitement et de pronostic dans les maladies aiguës n'est pas difficile à découvrir. En effet, si dans une fièvre, par exemple, la cause immédiate qui produit ordinairement dans un organe en particulier des manifestations fonctionnelles prédominantes, c'est-à-dire l'altération prédominante de son armature nerveuse, suffit à produire au début dans cet organe des signes d'altération assez évidente de son tissu pour qu'on lui attribue le développement de la fièvre elle-même; si les praticiens, suivant les prescriptions du système généralement en faveur, s'efforcent de diriger contre cette altération seule, toujours prise pour de l'inflammation, toute la puissance du traitement curatif de la fièvre, il est évident que la continuation libre de l'influence très active de cette cause doit en trois jours aggraver beaucoup l'altération du tissu de l'organe affecté d'une manière prédominante. C'est aussi ce qu'on voit arriver, et, passé cette époque, l'organe est toujours menacé de paralysie complète par l'altération plus ou moins entière

de la composition intime de ses tissus, laquelle menace conséquemment d'arrêter le mécanisme de la vie dans l'organisme entier, si cet organe en forme un des rouages indispensables.

D'un autre côté, nous ne savons pas apprécier bien au juste la quantité d'altération de tissu d'un organe, suffisante pour déterminer en lui l'extinction de la vie fonctionnelle, et la science ne donne pas non plus la mesure exacte de la force de résistance dont jouit l'organisme en son ensemble pour se soustraire à l'influence pathologique d'un seul organe ou de plusieurs dont l'inflammation menace d'arrêter le mouvement de la vie générale. Il faut ajouter encore à ces causes d'incertitude l'altération si difficile à mesurer qui règne un peu partout en cas de fièvre, alors même que cette altération est plus grave dans un point spécial.

On voit ainsi qu'il nous manque à la fois, dès l'époque du troisième ou quatrième jour, dans les maladies aiguës, les deux éléments de certitude principaux dont nous aurions besoin pour éclairer l'action, toujours aveugle par elle-même, des agents thérapeutiques, et pour prévoir la terminaison qui doit succéder à ces maladies.

De la comparaison entre les maladies aiguës et chroniques il ressort naturellement ces deux conséquences que nous avons particulièrement en vue de faire ressortir dans ce mémoire : 1° il faut entrer aussi profondément que possible, par l'analyse des affections les plus simples, dans la connaissance de leur marche et des altérations qui produisent leurs manifestations anormales, puisque c'est à peu près le seul moyen que nous possédions pour éclairer de plus en plus le mécanisme si rapide et si compliqué des affections aiguës.

Nous devons proclamer hautement l'incertitude du pronostic et du traitement des maladies aiguës qui, dans leur marche croissante, ont dépassé le troisième jour; car si nous possédons dès à présent des moyens efficaces pour guérir toutes les affections erratiques et les affections aiguës dans leur commencement, il nous est permis de réclamer publiquement l'honneur des succès obtenus dans ces derniers cas, et nous devons éviter qu'on mette à notre charge les accidents inévitables dans les maladies aiguës qui n'ont pas subi de traitement régulier pendant les premiers jours.

Il est à la connaissance de nous tous que le public, en nous accordant, avec une certaine parcimonie d'ailleurs, le mérite des succès de toute sorte, même les moins prévus, nous croit essentiellement responsables, par cela même, des revers que nous ne pouvons empêcher. Il est conséquent en cela; c'est à nous de repousser des avantages aussi dangereux. Ces avantages principaux laissent continuellement flottante la réputation du praticien isolé, lequel, d'un bout à l'autre de sa laborieuse carrière, travaille sans cesse à renouer la chaîne de ses nombreux succès, toujours interrompue par quelque nouvel accident immanquable. Ils nuisent aussi beaucoup à la considération du corps médical en permettant au public de regarder notre science comme problématique et d'une utilité peu certaine en toute occasion.

Si les médecins étaient déliés de cette obligation tacitement consentie de guérir des maladies souvent incurables, qui les empêcherait d'aspirer aux triomphes d'une puissance que nul autre corps scientifique ne saurait dépasser? C'est quelque chose, en effet, que de conserver la santé de populations entières par un sage précepte d'hygiène; c'est quelque chose que d'être sûr de guérir l'immense majorité des maladies chroniques; c'est quelque chose aussi que de guérir les maladies aiguës quand elles sont de fraîche date; mais qui pourrait dire jusqu'à quel chiffre serait capable de s'abaisser le nombre des morts par cause de maladie interne, si les médecins en corps déclaraient hautement que, passé le troisième jour après l'invasion d'une maladie aiguë, ils ne sauraient garantir la guérison plus de quatre fois sur cinq, et même sans déterminer lequel des cinq malades succombera? On voit d'avance qu'il ne resterait guère pour peupler les nécrologies que les noms des imprudents et des sujets profondément affaiblis à l'avance.

Il en serait bien autrement encore, dans les temps de grande épidémie, si nos concitoyens ne nous croyaient pas capables et obligés de guérir les affections très avancées dans leur marche et très voisines de leur terminaison mortelle. La cyanose générale, dans les épidémies de choléra par exemple, n'est évidemment qu'une anticipation de la mort, car elle n'est guère plus susceptible de guérir que le cancer de l'estomac ou les plaies de l'aorte. Si les médecins, dans ces temps d'effroi général, se hâtaient de déclarer la cyanose nécessairement mortelle, est-il probable que beaucoup de personnes affectées de choléra dans ses prodromes voulussent attendre la cyanose de pied ferme?

Si les médecins parvenaient, avec la simple autorité de leur parole, à décider tous les malades affectés de diarrhée, de nausées, d'inappétence, de frissons, de courbature, etc., à traiter ces accidents pour éviter la cyanose; ils éviteraient la perte d'un nombre toujours considérable de sujets valides qui ne manquent jamais de succomber dans ces temps de malheur public. Les grandes épidémies se réduiraient ainsi, par la seule intervention du corps médical, aux proportions des constitutions médicales fâcheuses, et alors on ne verrait probablement plus mettre en doute aussi légèrement l'utilité de la médecine.

Nous devrions refuser franchement la responsabilité des guérisons incertaines et nous appliquer plus exclusivement à cultiver des succès possibles; nous grandirions ainsi l'estime de notre profession dans l'esprit des gens du monde à la hauteur des réputations que les sciences physiques ont déjà conquises par

leur application aux besoins de la société. Les hommes verraient distinctement de l'extérieur les résultats produits par une science qu'ils nomment encore conjecturale ; ils seraient saisis du même respect et de la même admiration qui nous possèdent à la vue de ses ineffables merveilles intérieures.

AFFECTION ERRATIQUE.

Diagnose. Les signes diagnostiques de cette affection ne diffèrent pas essentiellement de ceux de la névrose et de la fièvre d'espèce aiguë. Ils sont fournis par les mêmes manifestations symptomatiques, avec cette différence que ces manifestations sont plus souvent intermittentes et plus faciles à ramener au type intermittent ; que les accès sont moins réguliers, moins intenses et moins longs ; que quand elles sont rémittentes, les exacerbations sont plus irrégulières, peu tranchées, et plus courtes aussi relativement à la durée des rémissions, que dans les affections aiguës.

Les symptômes de la *névrose* consistent, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, dans un trouble fonctionnel quelconque des organes. Il ne faut pas les confondre avec les symptômes propres à la phlegmasie dont les caractères sont bien différents et reposent sur l'altération nutritive ou de composition du tissu propre ; car il ne faut pas oublier que dans la névrose le tissu de l'organe affecté est sain ou presque sain, et que la cause immédiate de ses manifestations symptomatiques doit résider infailliblement dans l'état d'altération pathologique de l'armature nerveuse.

Ainsi donc, les signes de la névrose doivent consister dans les seules manifestations aberratives de la vie fonctionnelle, par exemple la viciation des absorptions, exhalations et sécrétions, tout aussi bien que la perversion des sensations et du mouvement. On s'apercevra donc facilement que, pour nous, les névroses ne consistent pas dans les seules affections auxquelles on a toujours accordé ce nom, et qu'elles comprennent aussi les troubles de toute sorte que caractérise un changement quelconque de la quantité ou de la qualité des liquides sécrétés ou exhalés à la surface des membranes ou dans l'intérieur des organes parenchymateux, par exemple sur les membranes muqueuses, séreuses et cutanées, dans le rein, le foie, le pancréas, etc., depuis l'absence totale de l'exhalation habituelle jusqu'aux exhalations ou sécrétions les plus excessives, y compris celle du sang.

Les symptômes de la *fièvre* consistent dans la perturbation des phénomènes circulatoires dont se compose la vie des organes intérieurs, plus particulièrement soumis à l'influence des nerfs de la vie organique. Ils sont des phénomènes de pure névrose, surtout dans la fièvre erratique et dans ses commencements, à cela près qu'ils se font remarquer en parcourant l'économie entière au lieu de se borner comme la névrose à l'occupation d'un seul organe.

On peut avoir à porter un jugement sur l'affection erratique dans des circonstances très variées ; par exemple : dès le début ou dans un temps très rapproché du début ; pendant la marche, après quelques semaines, quelques mois ou plusieurs années ; après la tranformation de la maladie en d'autres maladies aiguës ou chroniques ; et quelquefois même après la terminaison par la mort ou la santé. Nous rattacherons à ces points principaux ceux de moindre importance, comme le temps des accès, des intermissions, des exacerbations et des rémissions.

Au début. Les maladies erratiques peuvent toujours être divisées en deux espèces : l'une *légère*, difficile à reconnaître par les malades eux-mêmes, et souvent ignorée du médecin à cause de la faiblesse et de la brièveté de ses manifestations pendant l'accès ou l'exacerbation. Cette espèce peut être facilement prise au début pour l'espèce la plus légère des affections éphémères. L'autre espèce, *intense* et bien tranchée, se confond plus facilement avec les maladies éphémères intenses ou les maladies persistantes d'espèce aiguë. Elle n'est pas plus dangereuse que la première ; elle offre au contraire l'avantage de n'être jamais autant ignorée par les malades, qu'elle oblige de bonne heure à nous demander des soins. Elle se distingue des affections éphémères intenses par le peu de disposition qu'elle montre à perdre de son intensité à mesure qu'elle avance dans sa marche.

L'espèce légère, malgré sa faiblesse qui la fait souvent méconnaître, n'est pas moins tenace pour cela, car c'est elle qu'on voit toujours durer le plus longtemps par faute d'être convenablement traitée. Elle est difficile à distinguer d'avec les affections éphémères, parce qu'elle diffère à peine, dans ses premières manifestations, de ces petits accidents qui nous sont familiers et sont presque inséparables de la vie normale, même pendant la santé la plus incontestable. On pourra distinguer l'affection erratique assez promptement néanmoins en ce qu'elle persiste au delà de toutes les bornes que peut atteindre la durée des affections éphémères. On s'apercevra dès les premiers jours de sa disposition à conserver toute l'intensité de son début et même à s'accroître sous l'influence des causes hygiéniques douées de quelque activité.

Il ne faut pas manquer cette occasion de signaler les affections éphémères comme la partie des écarts de la vie fonctionnelle normale la plus voisine, par ses caractères, des manifestations de la vie normale. Elles sont propres à éclairer l'étude des affections chroniques au même titre que celles-ci les maladies aiguës. En y réfléchissant, on verra que la différence de leurs caractères véritablement utiles pour l'établissement du diagnostic et du pronostic est parfaitement tranchée : tels sont le défaut de persistance et le peu de disposition qu'elles montrent pour s'accroître spontanément, la facilité qu'on trouve à diminuer leur intensité par la seule direction favorable des influences

hygiéniques, leur affaiblissement graduel et même la guérison spontanée le plus souvent après un premier accès, et enfin leur remplacement presque immédiat par une autre affection éphémère après la guérison.

D'un autre côté, le caractère particulier des symptômes est absolument le même dans les affections erratiques et les affections éphémères, et c'est là précisément ce qui fait la difficulté de les distinguer entre elles à la première vue. On pourrait signaler les manifestations fébriles ou nerveuses éphémères dans tous les appareils de l'économie pour les confronter avec celles qui sont persistantes ; ainsi, dans les appareils respiratoire, digestif, génito-urinaire, le cerveau, la moelle épinière, le système locomoteur et les organes des sens externes; mais il suffira d'en citer quelques-unes appartenant à l'une des parties du canal digestif et des voies respiratoires pour les faire reconnaître.

N'est-il pas évident, en effet, pour tout médecin qui s'observe et qui passe nécessairement sa vie à s'occuper de la santé des autres, que toujours, même chez les personnes dont le mécanisme fonctionnel paraît le plus harmonieux, on peut constater l'existence de quelque affection éphémère; tels sont les divers enduits de la langue, l'érection exagérée des régions papillaires de cet organe, les saveurs étranges ou désagréables produites le plus souvent par la viciation des matières sécrétées sur la membrane muqueuse, la rareté, l'excès de sécrétion salivaire ou sa perversion, la raideur et la sècheresse de l'epithelium des lèvres, l'enduit des gencives, des amygdales, et surtout de la paroi postérieure du pharynx, le serrement ou la sensation d'un morceau qui se serait arrêté dans l'œsophage, etc.

Dans l'appareil respiratoire, tous les signes du catarrhe nasal commençant, les altérations de la voix, la sécrétion trop abondante des tubes aériens, la sensation de froid ou de chaleur sous-sternale, une douleur intense ou la simple impossibilité de conduire l'inspiration jusqu'à son degré le plus étendu, etc. Nous n'avons pas besoin, pour rendre complet le tableau des affections éphémères les plus fréquentes, de mêler à ces phénomènes de névrose les accidents phlegmasiques éphémères, tels que l'herpès des narines et des lèvres, les aphthes des joues, l'ulcération du bord libre des gencives, les végétations si fréquentes et si fugaces de la partie postérieure du pharynx, etc., non plus que les phénomènes fébriles, tels que frissons du dos ou d'autres régions du corps, plus ou moins entremêlés ou suivis de bouffées de chaleur, etc. Ces simples accidents de la santé durent quelques heures ou quelques jours chez un sujet, et ceux qui viennent de disparaître ne manquent jamais, lors de leur disparition, d'être remplacés par d'autres accidents de même nature. Cette observation tendrait à faire admettre que la santé ne peut se maintenir, dans notre vie de civilisation si compliquée, sans une altération partielle de quelque fonction, laquelle, d'ailleurs, par sa persévérance en des points variables d'un moment à l'autre, semble servir de balancier nécessaire à la vie individuelle.

Indépendamment de la difficulté qu'on éprouve à distinguer entre elles les maladies erratiques ou éphémères suivant que l'intensité des unes et des autres se rapproche et masque davantage leur véritable caractère fugace ou persistant, on doit s'attendre à ne pas toujours distinguer aisément la classe à laquelle appartiennent les cas placés par leur intensité propre sur la limite des éphémères et des erratiques légères, entre les erratiques et les éphémères intenses, les erratiques entre elles, et peut-être même les éphémères ou erratiques et les affections aiguës. Cela n'est pas, il faut le dire, fort dangereux dans la pratique; car, outre qu'avec de l'attention on parviendrait à distinguer les uns des autres à peu près tous les cas douteux, ces cas situés sur la ligne tracée pour la division ne sont d'abord jamais bien nombreux. Ensuite les difficultés de la diagnose devant toujours se résoudre par le traitement, il arrive fort à propos que le traitement est le même à peu près dans toutes les maladies qui se ressemblent assez pour être prises les unes pour les autres à leur début. Ceci nous préservera toujours d'erreurs pratiques et surtout de retomber à ce sujet dans les scrupules si délicats des anciennes écoles philosophiques, ou dans le chaos de leurs subtiles dissertations.

Le début de l'affection erratique ne peut s'entendre ici, comme dans un ouvrage didactique, du premier accès de l'affection, mais d'un certain nombre d'accès, suffisant pour établir le diagnostic différentiel entre cette affection et l'éphémère. Presque jamais on ne consulte le médecin dans l'affection erratique légère avant que ses caractères ne soient parfaitement tracés, car les symptômes de fièvre ou de névrose sont si faibles en certaines occasions que, quand même le malade y ferait attention et quand il ne les confondrait pas avec les accidents éphémères, il ne demanderait pas de conseils à son médecin, attendu que son état de maladie lui permet presque toujours de continuer sa manière de vivre habituelle. S'il arrivait que le médecin fût appelé pour un premier accès, il devrait même attendre pour établir son jugement que plusieurs accès fussent passés avant de commencer le traitement actif. Il mettrait seulement le malade à l'abri d'un accroissement toujours possible de la maladie par quelque moyen atténuatif s'il y avait signe de fièvre, et peut-être quelque léger spécifique s'il y avait névrose locale.

Il n'en est pas de même lorsque l'affection erratique jouit d'une certaine activité : les médecins peuvent être occasionnellement consultés dès le premier accès, parce qu'il inquiète déjà le malade et peut simuler une invasion de maladie aiguë. C'est encore le cas d'attendre et de pratiquer la méthode expectante, mais avec un peu plus de vigueur. Ensuite, par les rémissions ou intermissions subséquentes, il sera facile de déterminer le caractère persistant de la maladie. Dans cette affection, lorsqu'elle est

fébrile, les accès peuvent avoir toute l'intensité des véritables accès intermittents réguliers ou des exacerbations rémittentes aiguës, excepté que le retour des accès ou des exacerbations se fait inégalement et que les stades sont intervertis dans leur ordre d'apparition, ou même quelques-uns totalement supprimés. La rémission est toujours beaucoup plus apparente que dans les rémittentes aiguës et très voisine de l'intermission véritable et de l'état de santé.

Lorsque l'affection est d'espèce neurique locale, intense, c'est-à-dire consistant, par exemple, en vertiges, céphalalgie, oppression, toux sèche, coliques, lumbago, etc., on la distingue difficilement au début d'avec l'affection aiguë. Il en est à peu près de même dans la névrose *cum materiâ*, le dévoiement, le vomissement, l'hématurie, le crachement muqueux ou séreux, l'hémoptysie, etc.; mais cette difficulté n'a guère d'importance pratique, puisque le traitement est le même en cette circonstance dans l'affection erratique et dans l'affection aiguë.

On pourrait encore confondre les symptômes de ces affections avec ceux de l'accident éphémère intense; mais le malade connaissant les accidents auxquels il est sujet ou qu'il a déjà plusieurs fois éprouvés, le médecin a beaucoup de chances pour être suffisamment prévenu. Quand même un accident de cette espèce en serait à sa première apparition, il n'y aurait aucun danger à lui faire l'application des moyens curatifs indiqués dans les maladies persistantes.

Pendant la marche. C'est pendant la marche, c'est-à-dire après l'établissement incontestable du caractère persistant de l'affection erratique, alors qu'elle ne peut plus être prise pour une affection éphémère, que le médecin est ordinairement consulté pour les cas d'espèce légère. Ces cas sont ordinairement des fièvres lorsqu'ils ont duré longtemps; car une affection locale, qui se manifeste avec des symptômes d'une très légère intensité résultant de l'altération d'une portion très bornée du système nerveux, guérit spontanément, ou bien pour l'ordinaire elle s'étend, elle devient une fièvre erratique avec prédominance des symptômes dans l'organe primitivement affecté, ou bien encore elle se transforme en une affection neurique plus intense.

La fièvre erratique légère se fait remarquer par les malades beaucoup plus manifestement aux époques d'intermission ou de rémission que pendant ses courtes exacerbations ou ses accès dont ils s'aperçoivent à peine. Les accès se bornent le plus souvent à de très courts et très légers mouvements de frisson, de chaleur ou de sueur, lesquels sont ordinairement plus sensibles aux malades par leur réunion à des symptômes locaux lorsqu'il en existe de prédominants que par leur manifestation caractéristique; tels sont la céphalalgie, des étourdissements, des selles liquides, la colique, la cécité, des douleurs musculaires perçantes, etc. Le malade reconnaît bien plus aisément son état de maladie et le besoin qu'il a de se guérir à l'observation des symptômes de l'intermission et de la rémission, suivant que sa maladie est intermittente ou rémittente. Il ressent, hors le temps des accès, de la courbature ou de la faiblesse dans une partie du système locomoteur ou sa totalité; c'est l'accompagnement ordinaire de cette maladie si longtemps qu'elle puisse durer. Il y a toujours un léger amaigrissement; la peau n'a pas sa couleur habituelle, elle est plus ou moins jaune, ou pâle, ou livide; elle est généralement plus chaude et sèche; quelquefois elle est plus froide. Il y a quelquefois des régions de peu d'étendue qui sont constamment brûlantes ou d'une moiteur insolite; d'autres fois le malade ne parvient que difficilement à les réchauffer. Il y a presque constamment aussi quelque altération permanente dans les fonctions de l'un des grands appareils splanchniques, le plus souvent dans celles de l'appareil digestif, depuis le simple trouble des deux organes sensitifs annexés au canal alimentaire jusqu'à celui des fonctions du gros intestin.

Le médecin, au lieu de s'attacher à l'observation des symptômes qui frappent l'attention des malades et les tourmentent davantage, doit chercher à découvrir les caractères généraux de l'affection; il doit s'enquérir avec soin des temps d'accès et d'exacerbation pour savoir si l'affection est intermittente, rémittente ou continue. Il faut ordinairement pour cela qu'il cherche dans la mémoire des malades tout ce qui peut ressembler aux exacerbations ou aux accès; car il a bien rarement l'occasion d'assister à leur venue, tant ils sont fugaces et irréguliers.

Il s'agit d'abord de savoir, lorsqu'on est consulté pour un cas d'affection indéterminé, si les malades éprouvent plus de malaise à certaines heures de la journée qu'à d'autres heures; car ils en ont très rarement fait la remarque eux-mêmes dans l'affection la moins intense, quoiqu'elle ait duré des mois entiers. Ce malaise, qui correspond au temps de l'accès, a le plus souvent lieu le soir ou le matin, quelquefois au milieu du jour, et même assez souvent il a lieu plusieurs fois par jour. Il y a des cas où l'accès se développe pendant la nuit et même pendant le sommeil. Il y a des gens qui s'éveillent avec du frisson, de l'ardeur en quelque partie du corps ou dans toute son étendue; quelques-uns sont couverts de sueur. On en voit qui ressentent en s'éveillant des coliques ou des douleurs de tête qu'ils se rappellent fort bien avoir ressenties pendant qu'ils dormaient encore.

Une fois qu'on a reconnu d'une manière évidente le caractère rémittent ou franchement intermittent de l'affection erratique légère, les caractères fébriles ne sont pas très difficiles à découvrir s'ils existent, car il suffira de savoir s'il y a quelque signe d'existence de l'un des trois stades de la fièvre pour la caractériser: frisson, chaleur ou sueur. Il est bien entendu qu'on devrait encore donner à une maladie le nom de fièvre quand même l'accès fébrile se-

rait précédé par un accès de névrose locale très circonscrite. Ces cas ne sont pas rares, et bien souvent même, dans les fièvres intermittentes régulières, comme on sait, l'accès fébrile est précédé par de la céphalalgie, un vomissement, etc.

Il serait difficile de se guider exclusivement sur les modifications du pouls à l'époque des accès, car il est quelquefois d'une lenteur extraordinaire, ainsi que nous l'avons souvent observé chez les adultes, et il peut aussi s'élever de 36 battements par minute jusqu'à 150, ou rester fixément à 72. Il faut s'aider nécessairement de tous les symptômes accessoires qui accompagnent et suivent les sensations anormales ressenties dans la région cardiaque, la coloration et la température de la peau, le reflet métallique jaune ou violet de la cornée transparente, l'accroissement du malaise musculaire général, les douleurs ou sensations anormales qui se succèdent dans les cavités splanchniques, et le trouble des sécrétions ou exhalations, quelle que soit la rapidité du passage de ces divers phénomènes en parcourant la chaîne des ganglions splanchniques, quelque irrégularité qu'il y ait dans leur marche.

Il est très difficile de distinguer la rémittence de l'intermittence dans les fièvres erratiques tant intenses que légères, mais surtout dans celles-ci, à cause du peu de différence qu'on trouve entre les caractères de l'intermission et ceux de la rémission. Il n'est pas nécessaire de s'en préoccuper bien sérieusement; car, excepté les cas très rares où l'intermission est presque pure, le traitement doit commencer de la même manière dans tous à peu près, c'est-à-dire qu'on doit toujours leur appliquer celui que nous indiquerons pour la fièvre rémittente dans son commencement.

Il faut encore rattacher à la fièvre erratique légère les cas de maladie erratique ancienne dans lesquels les caratères de la névrose ont été tellement prédominants que les malades n'ont tenu aucun compte des symptômes fébriles, si ce n'est à de longs intervalles et dans les moments où la maladie a subi des transformations ou des augmentations momentanées.

L'affection erratique d'espèce *intense* est infiniment plus susceptible que la précédente de se transformer spontanément en maladie rémittente aiguë, et, par une perturbation insuffisante, en maladie erratique légère. Elle a presque toujours une durée très courte, c'est ce qui la rend beaucoup plus rare en tout que cette dernière. Il arrive pourtant assez souvent, depuis quelques années, qu'on a l'occasion d'observer des névroses ou des fièvres de cette espèce, alors qu'elles ont déjà duré quelques semaines et même un temps plus long sans qu'elles aient subi des transformations en maladies plus graves. Cela se voit pour l'ordinaire chez les gens qui ne peuvent prendre un soin convenable de leur santé.

L'affection erratique intense se distingue facilement de l'erratique légère en ce qu'elle a des manifestations très tranchées; ses accès sont plus longs et plus forts; ils tranchent davantage sur les intermissions et les rémissions; le type intermittent est le plus rare. L'erratique intense succède souvent à l'erratique légère, dont elle forme la transition avec l'état véritablement aigu.

Elle se distingue de l'affection aiguë par des signes différents, selon qu'elle est une fièvre ou une névrose, selon qu'elle est intermittente ou rémittente. Lorsqu'elle est une fièvre intermittente, elle a des accès presque aussi marqués que la fièvre aiguë, seulement leur retour n'a pas la même régularité; les trois stades ne sont pas complets et les antipériodiques peuvent rarement être donnés avec avantage au début du traitement et guérir avec des doses aussi légères.

Lorsqu'elle est une fièvre rémittente, elle a des exacerbations qui ressemblent souvent à des accès intermittents et sont ordinairement précédées de frisson; elles sont suivies de rémissions dont les symptômes sont à peine plus tranchés que de véritables intermissions et ne ressemblent en rien par la violence aux rémissions des fièvres aiguës. Elles n'empêchent pas toujours le malade de se livrer à ses occupations habituelles hors le temps des exacerbations.

La névrose erratique intense et intermittente ne peut se distinguer de la névrose intermittente régulière que par la seule irrégularité de ses accès. Elle ne souffre pas non plus impunément qu'on entame son traitement par les antipériodiques. L'espèce rémittente n'a pas besoin d'être séparée des névroses aiguës, car le même traitement lui est complètement applicable.

Après la transformation. Lorsqu'on est consulté pour un cas de maladie aiguë, il n'est presque jamais indifférent de savoir si elle a débuté directement, ce qui ne laisse pas que d'être excessivement rare à notre connaissance, ou consécutivement à des affections erratiques plus ou moins anciennes. S'il est bien constant que les maladies aiguës ne soient que rarement primitives, c'est-à-dire sans prodromes, y compris même les plus intenses et les plus brusques en apparence, et qu'une certaine durée de l'affection erratique ait pu se développer à l'avance, ou seulement préparer l'évolution de la phlegmasie; si d'un autre côté la phlegmasie chronique dans certains organes est à peu près nécessairement mortelle, comme dans le poumon ou dans le cerveau, il est aisé de comprendre l'immense intérêt qui s'attache à la recherche de l'affection erratique en cette occasion.

Le médecin ne doit jamais s'arrêter aux premières réponses du malade lorsqu'elles sont négatives et le moindrement douteuses. Celui-ci, pour éviter nos réprimandes au sujet de sa lenteur à nous faire appeler, quelquefois pour ne pas manquer à des habitudes de dissimulation qui s'étendent aux choses les plus indifférentes, ou seulement pour échapper aux fatigues de l'interrogation, semble quelquefois avoir pris son parti de nous laisser ignorer les antécédents. Il faut le pousser et le

contraindre à se souvenir, ou les assistants à son défaut, pour que nous puissions établir dans le diagnostic le degré de phlegmasie chronique le plus probable. Il faut chercher à établir cette détermination en dehors même des signes symptomatiques actuels par la connaissance de la durée de l'affection erratique et de l'état des forces générales avant l'évolution de la maladie aiguë.

Après la terminaison. On peut être obligé de faire en diverses circonstances la recherche des accidents éprouvés par certaines personnes après la terminaison d'une affection erratique par la *santé*. Pour le faire avec succès, il faut être bien pénétré de la connaissance des caractères généraux de cette affection, afin de ne pas laisser inaperçus les signes d'affections naturellement obscures, car leur impression s'efface après la guérison. Cela n'est point facile après la terminaison par la *mort*, puisque alors la source principale des renseignements est perdue. Il ne faut pas se décourager cependant, puisque nous pouvons quelquefois retrouver les traces de l'affection erratique, dont on doit se servir en quelques occasions pour éviter à la justice la recherche de crimes absents. Ces découvertes nous dispenseraient aussi de nous retrancher, comme on le fait trop souvent en cas de mort subite, derrière le mot apoplexie, dont on abuse étrangement, alors même que les derniers instants de l'existence du sujet n'ont offert aucun des signes pathognomoniques de cette affection.

(La fin au prochain numéro.)

COLAS, D. M. à Montrouge.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Sur la différence qui existe entre la méthode des scarifications et la méthode des incisions uréthrales.

On confond les incisions intra-uréthrales, que j'ai introduites dans la pratique chirurgicale, avec les scarifications de M. Amussat, quoiqu'elles en diffèrent énormément.

En confondant mes incisions intra-uréthrales avec les scarifications de M. Amussat, on n'attache pas au progrès que j'ai fait faire à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre l'importance qu'il mérite, et on ne lui donne pas la valeur qu'il a réellement. Voici la différence qu'il y a entre elles :

Les scarifications de M. Amussat, ainsi que le dit lui-même cet honorable confrère, consistent en des incisions *très superficielles*, des *sortes d'égratignures* (ce sont ses expressions) de la membrane muqueuse de l'urèthre, qui ont pour but de provoquer la suppuration de la coarctation et d'en amener ainsi la fonte.

Mes incisions intra-uréthrales ont, au contraire, pour but de diviser toute l'épaisseur du tissu induré qui constitue la coarctation et rend l'émission de l'urine plus ou moins difficile ou impossible, et de faire disparaître complètement, et ordinairement dans un temps assez court, l'espèce de rétrécissement uréthral dont M. d'Argenteuil était affecté quand il a fondé le prix que l'Académie est chargée de décerner. A l'époque où j'introduisis dans la science mes incisions intra-uréthrales, cette espèce de rétrécissement était considéré comme incurable par les professeurs Boyer, Dubois, Dupuytren et tous les spécialistes qu'il consulta. Agréez, etc.

GUILLON, chirurgien consultant du roi.

VI. Double rétrécissement de l'urèthre, l'un d'une dureté cartilagineuse, dont l'existence et la complète guérison ont été constatées par plusieurs membres de l'Académie royale de médecine ; guéri au moyen de la méthode des incisions intra-uréthrales ; par le docteur GUILLON.

OBS. — A la suite de deux blennorrhagies qu'il avait eues en 1836 et 1841, un artisan habitant M..., âgé de trente-cinq ans, nommé L..., éprouva plusieurs fois des rétentions d'urine. La dernière fut tellement grave, qu'il se décida à venir à Paris réclamer les secours de l'art, et il entra à la Charité le 1er septembre 1846.

L... portait alors deux rétrécissements fibreux uréthraux : l'un, de l'espèce la plus ordinaire, était situé dans la portion membraneuse; l'autre rétrécissement occupait la partie moyenne de la portion spongieuse de l'urèthre, et la substance de ce canal avait acquis une si grande dureté à l'endroit rétréci, qu'à n'en juger que par l'apparence, on aurait pu le croire de nature cartilagineuse. Telle fut, en effet, l'opinion que s'en forma M. Velpeau. Ce point rétréci de l'urèthre présentait d'ailleurs extérieurement une saillie circulaire facilement appréciable non-seulement au toucher, mais à la vue.

M. Velpeau, qui traitait ce malade, s'appliqua d'abord à faire pénétrer dans la coarctation uréthrale des bougies élastiques et des bougies de métal ; mais, n'ayant pu y réussir, il essaya à deux reprises de franchir l'obstacle avec des sondes à dard. Ces tentatives échouèrent également.

Ce fut alors qu'en désespoir de cause ce savant chirurgien proposa à L... de pratiquer l'opération de la boutonnière, c'est-à-dire d'inciser l'urèthre avec un bistouri, et d'enlever une portion de l'anneau saillant qui s'opposait à la sortie de l'urine. Effrayé de ce nouveau projet, le malade y refusa son consentement, de sorte qu'après avoir séjourné à l'hôpital de la Charité pendant quatorze jours, il se confia librement aux soins du docteur Guillon, mais au su et avec l'assentiment de M. Velpeau. Afin de l'observer de plus près, M. Guillon reçut L... dans sa maison.

Ce médecin employa dès le premier jour sa méthode de dilatation rapide de l'urèthre, au moyen des bougies de baleine ayant des renflements successifs et une extrémité fili-

forme, bougies très simples que lui-même prend soin de confectionner. Aussitôt qu'il eut obtenu un premier élargissement et un passage suffisant, il explora le canal, dans lequel il constata les deux rétrécissements déjà mentionnés, et il en fit le dessin figuratif.

L... avait quitté l'hôpital le 14 septembre, et le 3 octobre suivant M. Guillon invita plusieurs membres de l'Académie royale de médecine à vouloir bien se réunir chez lui afin d'assister à l'application de son traitement curatif du rétrécissement fibreux de l'urèthre alors que ce rétrécissement était parvenu à un degré extrême, afin surtout d'apprécier les premiers résultats de ce traitement et d'en suivre ultérieurement les progrès. En conséquence, et ainsi que l'avait désiré ce médecin, MM. Bourdon, Castel, Lagneau, Moreau, Nacquart, Renauldin et Roche assistèrent à son opération, encore trop peu connue de ceux qui pourraient la pratiquer, et dans l'intention de lui rendre justice. MM. Cornac, Gérardin, Pâtissier, Rochoux, Roux et Velpeau devaient aussi assister aussi à cette opération : ils y étaient convoqués. Il est regrettable que leurs occupations ne leur aient pas permis de se réunir, chez M. Guillon, à MM. leurs collègues.

Après avoir donné à ces messieurs les détails relatifs au malade L..., qui était présent, et leur avoir montré ses instruments ainsi que le dessin représentant le double rétrécissement uréthral, M. Guillon introduisit dans l'urèthre une bougie d'une ligne un quart de diamètre, et fit constater par les assistants : 1° qu'un anneau volumineux, formé par le premier rétrécissement fibreux, était situé vers le milieu de la portion spongieuse de l'urèthre; 2° que la bougie était tellement serrée dans cette coarctation, qu'il y avait impossibilité de la faire pénétrer plus avant; 3° qu'on éprouvait, pour retirer ce corps dilatant, la même difficulté qu'on avait eue à l'introduire.

Enfin, après avoir retiré cette bougie, M. Guillon fit pénétrer dans le canal, au centre de la coarctation même, un uréthrotome de son invention : c'est une espèce d'algalie d'argent, droite, vers l'extrémité de laquelle on fait sortir deux ou trois petites lames qui ont pour régulateur un curseur apparent, n'obéissant qu'à la volonté du chirurgien. Cet instrument servit à inciser d'arrière en avant et de dedans en dehors, aux points opposés de son pourtour, le tissu induré qui formait ce rétrécissement.

L'opération étant ainsi terminée, M. Guillon introduisit dans l'urèthre une bougie de trois lignes un quart, et cette introduction se fit avec une telle facilité, que les assistants en témoignèrent leur étonnement.

Le 13 octobre, c'est-à-dire onze jours après l'opération, M. Guillon conduisit le malade à l'Académie, où il fut soumis à l'examen de MM. Castel, Lagneau, Mêlier, Moreau, Roche, qui constatèrent que la proéminence du point rétréci avait beaucoup diminué, bien qu'il restât encore sur le côté gauche de l'urèthre une légère saillie, une sorte de monticule manifeste à la vue et surtout au toucher. Ce dernier vestige du mal devait sa persistance à ce que ce point de la coarctation n'avait pas été aussi profondément divisé que les autres parties.

Le 8 décembre, M. Guillon présenta de nouveau L... à l'Académie, et il fut constaté : 1° qu'il ne restait plus de traces des rétrécissements dont il était affecté quand il se confia aux soins de M. Guillon; 2° que l'anneau, d'une dureté cartilagineuse, celui qui occupait la partie moyenne de la portion spongieuse de l'urèthre, avait complètement disparu; 3° que des bougies de trois lignes et demie et de trois lignes trois quarts de diamètre pénétraient dans l'urèthre et jusque dans la vessie avec une très grande facilité. MM. Baffos, Bourdon, Capuron, Castel, Lagneau, Moreau, Nacquart, Renauldin et Roche ont vérifié les faits.

Complètement guéri par le procédé opératoire de M. Guillon, le nommé L... a quitté Paris le 12 décembre 1846 pour retourner dans son pays.

Paris, le 13 janvier 1847.

Ont signé le présent compte-rendu les membres de l'Académie qui s'y trouvent nominativement désignés comme ayant assisté à l'opération du 2 octobre 1846.

Signé : BOURDON, ROCHE, RENAULDIN, LAGNEAU, CASTEL, MOREAU.

VII. Extraction des corps étrangers aigus introduits dans l'urèthre.

Monsieur le rédacteur,

A l'exemple de tous vos lecteurs, sans aucun doute, j'ai lu avec un plaisir extrême, dans votre dernier numéro, un intéressant article de M. le docteur Boinet sur *l'extraction de certains corps étrangers aigus engagés dans l'urèthre*. Le procédé si simple et si rationnel qu'il substitue, dans de telles circonstances, aux moyens que l'on avait conseillés jusqu'ici, me paraît tellement digne d'être appuyé par des faits aussi nombreux que possible, que je m'empresse de faire parvenir à votre connaissance l'exemple qui s'est offert à mon observation. En vous priant d'insérer cette notice dans votre journal, je n'ai certes nullement l'intention de vouloir enlever à M. Boinet sa priorité dans l'emploi de cette petite opération, bien qu'à l'époque où j'eus l'occasion de la mettre en pratique, je n'eusse aucune connaissance du fait publié par notre honorable confrère. Mon but est tout simplement d'ajouter un fait à d'autres semblables, de corroborer une méthode d'extraction que tout praticien peut avoir l'occasion de mettre en pratique; persuadé, du reste, que, dans une circonstance semblable à celle dans laquelle je me suis trouvé, aucun médecin n'eût manqué d'*imaginer* une méthode opératoire qui se présentait

pour ainsi dire d'elle-même, et qui ne pouvait vraiment pas être remplacée avantageusement par une autre.

Voici le fait dont il s'agit, dans toute sa simplicité, et que j'ai lu à la Société médico-pratique dans le commencement de l'année 1846 :

Obs. — Il y a environ un an (c'était, je crois, dans le mois de janvier de l'année 1846), je fus appelé, vers les onze heures du soir, pour un jeune homme de 17 ans, garçon de peine chez une fruitière et demeurant dans ma maison. Je trouvai le patient à moitié déshabillé, assis sur le bord de son lit et en proie aux douleurs les plus vives. La première chose qui appela mon attention fut le pénis que le malade maintenait entre ses doigts dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps, et qui laissait voir, sortant du canal de l'urèthre, deux fils de fer d'une moyenne grosseur, et longs au moins comme l'avant-bras. La verge était tuméfiée à son extrémité antérieure, brûlante, et le canal laissait échapper quelques gouttelettes de sang. J'interrogeai le malheureux jeune homme; voici la fable qu'il me débita avec une volubilité extraordinaire : selon lui, l'une des poches de son pantalon était remplie d'aiguilles à coudre; en se déshabillant pour se coucher, toutes ces aiguilles étaient tombées sur son lit, et l'une d'elles, *par un hasard vraiment miraculeux*, avait eu la fantaisie d'aller se nicher par la tête précisément dans le canal de l'urèthre du pauvre patient. Alors tentatives réitérées et inutiles de ce dernier pour attirer au dehors la malencontreuse et impudique aiguille qui s'enfonça tant et si bien dans le conduit urinaire qu'elle finit par disparaître complètement. Après bien des efforts, notre jeune homme, soumis aux tortures les plus affreuses, imagina alors, pour extraire le corps étranger, le procédé suivant : il prit un long fil de fer qu'il courba à sa partie moyenne, de manière à en former une espèce d'anse; puis il introduisit cette anse dans le canal, espérant pouvoir par ce moyen saisir l'aiguille, l'accrocher et l'attirer à lui. Mais ses espérances furent encore déçues, et cette manœuvre ne fit que compliquer la position : l'anse de fer passa sous l'aiguille, qui occupait dans le canal une direction oblique, saisit cette aiguille par sa partie moyenne, la fit basculer sur elle-même, et lui fit acquérir alors une direction presque transversale, de sorte que, sous l'influence des tractions exercées sur le fil de fer, la pointe de l'aiguille alla s'enfoncer dans les parois de l'urèthre. Le patient ne put donc, de cette manière, retirer ni l'aiguille ni les deux fils de fer. C'est dans des circonstances aussi critiques qu'il s'était décidé à demander du secours, jurant, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus.

L'on pense bien que je ne crus rien de tout ce que ce jeune homme m'avait débité touchant cette fameuse aiguille tombée d'elle-même, *par le plus grand des hasards*, dans le canal, et il ne me fut pas difficile de deviner la vérité; mais ni mes prières ni mes menaces ne purent décider le patient à m'avouer ses honteuses manœuvres, et ce ne fut qu'après un examen très prolongé que je pus parvenir à reconnaître exactement la présence de l'aiguille dans le canal, à m'expliquer cette résistance que j'éprouvais quand j'exerçais des tractions sur les fils de fer rapprochés l'un de l'autre; car je crus pendant quelque temps que c'était là le seul corps étranger engagé dans l'urèthre. Enfin, après avoir exploré avec soin ces parties tant par l'examen de la verge que par le toucher rectal, je parvins bientôt à rencontrer, à cinq centimètres environ du gland, une résistance insolite, et je pus saisir entre mes doigts les deux extrémités de l'aiguille. Je ne connaissais pas alors le procédé que M. Boinet avait mis en usage en pareille circonstance et qu'il publia dans la Gazette médicale (année 1841); mais ce mode d'extraction se présentait si bien de lui-même ici, que je n'hésitai pas un seul instant à le mettre en pratique. Le pouce de la main gauche armé d'un gros dé à coudre, je l'appliquai sur l'extrémité de l'aiguille que tout me faisait supposer devoir être la tête; je pressai fortement sur la partie du corps caverneux dans laquelle la pointe était enfoncée, et je parvins ainsi, sans de grands efforts, à faire traverser ce corps caverneux par le corps étranger. L'extraction se fit avec la plus grande facilité, sans douleur très vive, et ne donna lieu à aucun accident. L'extraction du fil de fer suivit immédiatement celle de l'aiguille; cette dernière avait quatre centimètres de longueur. Le lendemain, le malade vaquait à ses travaux habituels sans présenter d'autres phénomènes qu'une légère cuisson dans le trajet du canal et des urines légèrement sanguinolentes.

Agréez, etc.

Dr. Achille Chereau.

Paris, ce 8 avril 1847.

VIII. Considérations sur l'emploi des inhalations d'éther en chirurgie oculaire, et sur l'extirpation du globe de l'œil.

Les inhalations d'éther, qui ont à un si haut degré préoccupé le monde médical, ont été déjà plusieurs fois appliquées à des opérations faites sur l'organe visuel. Les choses qui en soi sont le plus utiles peuvent devenir nuisibles quand elles sont employées mal à propos. Il en est de l'éthérisation comme de tout le reste; aussi vais-je essayer, dans cette courte note, de déterminer les cas où l'éthérisation est opportune en chirurgie oculaire, c'est-à-dire de préciser les indications rationnelles de son emploi. Beaucoup de personnes, sans doute, vont trouver que je lui pose des limites trop étroites; mais quand on songe que, loin d'être un moyen indifférent, elle peut, au contraire, quelquefois entraîner de graves accidents, on est amené nécessairement à en conclure qu'il faut restreindre son application aux seuls cas où l'expérience et le raisonnement démontrent qu'elle est d'une utilité, sinon d'une nécessité

incontestable, et en même temps d'une innocuité complète.

1° Je mets d'abord de côté les opérations de cataracte et de pupille artificielle. Dans ces deux opérations, le peu d'intensité, je dirai même, souvent, la nullité complète de la douleur, la facilité avec laquelle un praticien exercé sait vaincre les difficultés dues aux mouvement de l'organe malade, retirent à ce moyen toute espèce d'avantage et le rendent absolument inutile. Bien plus, des expériences faites par plusieurs médecins ont prouvé que, malgré l'éthérisation, l'œil ne cesse pas complètement de se mouvoir dans l'orbite. Enfin, une autre considération qui n'est pas d'une médiocre importance, c'est que le plein et entier exercice de la volonté du malade est souvent d'un secours précieux, soit qu'on lui fasse donner à l'œil qu'on opère telle ou telle direction, en l'invitant à regarder un point fixe avec l'œil sain, soit qu'on s'adresse à sa raison afin de l'intéresser au succès et d'obtenir son concours pour faciliter la manœuvre opératoire.

2° Dans l'opération de la tumeur lacrymale et celle des staphylômes, la douleur est de très courte durée, son intensité très minime, l'opération elle-même offre peu de difficulté; l'éthérisation n'est donc nullement applicable, excepté peut-être sur des individus excessivement nerveux, et pour des staphylômes très volumineux de la cornée et de la partie adjacente de la sclérotique, lorsqu'il y a indication de l'amputation du tiers antérieur de la coque oculaire. Encore vaudrait-il mieux ici ne pas recourir à l'éther, de peur de donner lieu pendant l'opération à un plus grand écoulement de sang et, plus tard, à des hémorrhagies secondaires plus fréquentes.

3° Il en est de même pour les corps étrangers incrustés dans la cornée, la conjonctive ou la sclérotique; leur ablation n'est d'ordinaire pas très difficile, et quand les mouvements de l'œil sont trop désordonnés, l'ophthalmostat ou la pince à dents de souris suffisent pour s'en rendre maître.

4° Il arrive que des corps étrangers plus volumineux et tranchants pénètrent, soit obliquement entre les lames de la cornée à une très grande profondeur, soit dans les chambres de l'œil à travers cette dernière membrane ou la sclérotique.

5° Dans la myotomie oculaire, employée pour remédier au strabisme ou à d'autres affections de l'organe de la vue, l'éthérisation trouve aussi son indication rationnelle; mais seulement lorsqu'il s'agit d'individus très jeunes, nerveux, pusillanimes et indociles. Sur des personnes calmes et courageuses, je trouve que l'opération n'est ni assez douloureuse, ni assez difficile pour justifier l'emploi d'un moyen qui n'est pas toujours sans entraîner des accidents à sa suite.

6° L'engourdissement par l'éther peut encore devenir très utile sur des individus agités ou indociles, quand il s'agit d'extraire par une ponction de la sclérotique des cataractes capsulaires secondaires ou traumatiques épaisses et adhérentes, opération qui m'appartient en propre, et par laquelle je remplace l'abaissement ou la lacération, impossibles dans la plupart de ces cas.

7° L'extirpation du globe de l'œil, opération très douloureuse, n'est cependant en général ni très difficile, ni très longue. Lorsque la coque oculaire a conservé son intégrité, ou n'est perforée qu'à sa partie antérieure, tout porte à croire que la dégénérescence ne s'est point encore emparée des tissus contenus dans l'orbite. Dans ce cas on peut rendre l'opération beaucoup plus facile, moins longue et moins douloureuse, en pratiquant successivement la section des muscles, par l'application d'un des procédés de la myotomie oculaire usitée contre le strabisme. Ces raisons m'ont jusqu'à présent fait reculer devant l'administration de l'éther dans cette opération. Je puis en alléguer une plus grave encore. Plus de vingt fois j'ai pratiqué l'extirpation de l'œil, que la plupart des chirurgiens considèrent comme dangereuse à cause du voisinage du cerveau. Je n'ai jamais eu à déplorer un accident fâcheux; dans la grande majorité des cas, les malades ont à peine éprouvé un mouvement fébrile, de sorte que, vers le troisième ou quatrième jour, on a pu leur accorder une alimentation légère. Ces résultats heureux, je les attribue à deux causes. D'abord je ne fais point l'ablation de la glande lacrymale, qui ne sert qu'à augmenter les souffrances du malade et à dénuder la paroi orbitaire supérieure. En second lieu, je m'abstiens du tamponnement et de la compression pour arrêter l'écoulement du sang. D'ordinaire, l'hémorrhagie s'arrête au bout d'un certain temps, d'elle-même ou par la simple injection d'eau froide à l'aide d'une seringue et, mieux encore, d'une pompe à jet continu. La déperdition d'une certaine quantité de sang, d'ailleurs, est favorable pour empêcher la phlegmasie consécutive et l'hémorrhagie secondaire.

Elle offre encore un autre avantage, celui de permettre l'inspection du fond de l'orbite; c'est la seule manière de pouvoir se convaincre qu'aucune portion de tissu anormal n'est restée adhérente aux parois orbitaires, chose que le tamponnement rend complètement impossible, à cause du coagulum de sang qui alors remplit cette cavité. Dans un petit nombre de cas, où, après cette opération, j'ai vu la guérison marcher plus lentement et moins simplement, ç'a toujours été à la suite d'une hémorrhagie trop violente causée par une dilatation anormale de l'artère ophthalmique. Cet accident avait forcé de recourir au tamponnement, moyen qui a le grand désavantage de donner lieu à des symptômes d'irritation et de phlegmasie, sans même empêcher les hémorrhagies secondaires; je dirai plus, quand j'ai observé ces dernières, et cela trois ou quatre fois, ce fut toujours après le tamponnement, autrement je ne les ai jamais vues se produire. Or, cette dilatation morbide de l'artère ophthalmique, qui n'a rien d'étonnant lorsque les tissus intra-orbitaires sont presque tous désorgani-

sés, et qui est une des causes les plus ordinaires de l'hémorrhagie dont nous venons de parler, ne se manifeste par aucun signe particulier, et ne saurait être reconnue d'avance. D'un autre côté, plusieurs faits observés par des chirurgiens impartiaux ont prouvé que les inhalations d'éther *prédisposent* à l'hémorrhagie secondaire. La conséquence est facile à déduire. Il est à craindre que leur emploi dans l'extirpation du globe oculaire n'augmente les chances de cet accident et des suites fâcheuses qu'il entraîne avec lui. Dans cette opération, je crois donc plus rationnel d'y renoncer, ou, du moins, de n'en faire usage que dans des circonstances exceptionnelles. Sous ce rapport, l'appréciation pour chaque cas individuel doit en être laissée au tact et au coup d'œil pratique du chirurgien.

Il y a peu de jours, j'ai encore pratiqué l'extirpation du globe oculaire pour un cas de cancer, sans l'éthérisation, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Le malade, excessivement courageux, n'a pas poussé un cri; l'hémorrhagie, très forte, s'est arrêtée complètement et définitivement après une demi-heure d'injections ou plutôt de douches d'eau froide faites avec une pompe à jet continu. En aurait-il été de même si l'on avait eu recours à l'éthérisation? Dans ce cas, j'ai lieu d'être d'autant plus satisfait de ma réserve que des accidents obscurs, insolites, comme je ne les ai jamais observés, et devenus promptement mortels, se sont développés au bout de quelques jours d'un bien-être trompeur. Les adversaires de cette découverte nouvelle et si précieuse n'auraient pas manqué de lui imputer ce fâcheux résultat.

Résumons-nous. Nous croyons l'éthérisation rationnellement indiquée dans les cas de corps étrangers qui ont pénétré très profondément dans le globe de l'œil et dans la myotomie oculaire sur des individus indociles. Dans toutes les autres circonstances, son utilité et son innocuité nous paraissent contestables.

SICHEL, D. M.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. **Traité théorique et pratique des maladies des yeux**; par M. le Dr Desmarres.—Un vol. de 904 pages (1).

Ceux qui, comme nous, ont commencé leurs études médicales il y a une vingtaine d'années, se rappellent qu'à cette époque encore les connaissances ophthalmologiques étaient peu répandues en France. Les traités d'oculistique de Maître-Jan, de Saint-Yves, de l'abbé Demonceaux, de Wentzel, étaient tous fort incomplets; et l'ouvrage de Demours n'avait sur eux que l'avantage d'un prix fort élevé. Alors le livre de Scarpa eut en même temps deux traducteurs, et celui de Lawrence, qui parut quelque temps après, fut presque aussitôt traduit par le docteur Billard, d'Angers. A cette époque encore, les élèves ou les jeunes médecins, qui voulaient faire sur les maladies des yeux des études pratiques sérieuses, n'avaient d'autre ressource que d'aller suivre les cours dans les capitales du Nord, et plusieurs prirent ce parti; car là les ressources abondaient. Par la fondation de l'institut ophthalmique de Vienne (1773), on avait créé en quelque sorte des professeurs habiles et fondé l'avenir de l'ophthalmologie. D'autres institutions du même genre furent bientôt fondées à Berlin et à Londres; et les Saunders, les Cooper, les Alexandre, etc., suivirent les traces des maîtres d'Allemagne, qu'ils surpassèrent même bientôt. Car telle est la marche de l'esprit humain : chaque découverte amène des découvertes nouvelles; chaque perfectionnement appelle des applications utiles, et c'est l'ensemble de ces efforts qui constitue le progrès et assure l'avenir de la science.

La France, qui, pendant quelque temps, parut rester étrangère à ce mouvement, est enfin entrée dans la voie. Notre gouvernement n'a pas, comme ceux de Vienne et de Londres, pris l'initiative en créant des instituts ophthalmiques; mais ce qu'il a omis d'entreprendre, des particuliers l'ont exécuté à leurs risques et périls; et voici le docteur Desmarres qui nous apprend, dans la préface de son livre, que, «depuis 1842, près de 700 médecins étrangers se sont inscrits sur ses registres et ont suivi ses cours de médecine, en même temps que 1350 malades y ont été traités dans la seule année 1846.» Je doute que les instituts de Vienne, de Berlin ou de Londres aient reçu jamais un aussi grand nombre de malades dans le même espace de temps.

M. Caron du Villars est, si je ne me trompe, le premier médecin qui ait ouvert un dispensaire ophthalmique à Paris. Il fut bientôt imité par le docteur Sichel et par plusieurs autres; les élèves purent s'initier à la pratique des maladies si difficiles et si multipliées de l'œil. Les ouvrages sur la matière n'ont pas non plus fait défaut. Les uns, comme ceux de MM. Caron du Villars, Deval, Rognetta, etc., traitent la spécialité dans son ensemble, tandis que d'autres, comme les monographies des docteurs Sichel, Caffe, Boyer, Guépin, etc., se sont bornés à élucider quelques points, la plupart fort importants. Aussi n'avons-nous plus besoin de recourir aux travaux étrangers pour étudier les affections oculaires. Nous avons même appris que la traduction du livre dont nous allons essayer l'analyse est déjà commencée en allemand et en anglais.

L'ouvrage de M. Desmarres est, à proprement parler, un résumé de ses leçons cliniques. Praticien avant tout, il a étudié sur le

(1) Un gros vol. in-8° de 900 pages, chez Germer Baillière, — 1847.

malade la nombreuse série des affections décrites dans son livre. Celui-ci est divisé en trois parties, où sont successivement traitées les maladies des paupières, celles du globe et les affections de l'appareil lacrymal. A chacun de ces chefs sont rattachées, sous le nom de chapitres et d'articles particuliers, des divisions et des subdivisions nombreuses, ainsi que des remarques pratiques et l'appréciation des divers procédés opératoires mis en usage par les autres chirurgiens et par lui-même. Le docteur Desmarres attache une importance extrême à certaines maladies, à certaines opérations, tandis qu'il n'accorde à d'autres qu'une attention secondaire. Ainsi, plus de cent pages de son livre sont consacrées aux affections de l'iris et à l'opération de la pupille artificielle, et près de deux cents à la cataracte. Les lecteurs du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* connaissent, par les extraits qu'ils en ont lus, la manière dont l'auteur traite de la première de ces opérations. Il a mis plus de soin encore à exposer les diverses méthodes et procédés mis en usage par les auteurs pour opérer la cataracte. Diagnostic des cataractes, aspect, marche, durée, etc., de ces affections, différences qu'elles présentent selon leur nature, leur ancienneté, leur simplicité ou leurs complications; modifications apportées dans le pronostic par l'âge, la constitution, le sexe, etc., des divers sujets; tout est l'objet d'un examen complet, de discussions approfondies. M. Desmarres déclare n'être partisan exclusif d'aucun procédé opératoire. S'il incline pour l'extraction, il reconnaît que l'abaissement est préférable dans une foule de cas, et que le broiement peut seul être pratiqué chez la plupart des enfants. Chacune des méthodes opératoires de la cataracte offre, comme l'on sait, ses difficultés, ses dangers. De l'habileté de l'opérateur à les prévenir, de son adresse à les éviter et à les combattre dépend le succès d'un grand nombre d'opérations. Ces accidents, M. Desmarres les énumère, les discute et enfin les résume dans un tableau synoptique que nous voudrions transcrire ici, mais que nous ne pouvons qu'indiquer faute d'espace. Dans ce tableau sont signalés les accidents qui peuvent entraver chaque temps de l'opération; on trace encore et les causes de ces accidents et les moyens de les prévenir et ceux d'y porter remède. Les accidents consécutifs n'ont pas moins fixé l'attention de l'auteur, et il a encore trouvé le moyen d'être intéressant et utile sur ce sujet, bien qu'il l'ait traité après M. Caron du Villards.

Il nous faudrait, pour donner une analyse même succincte des 900 pages du livre de M. Desmarres, pouvoir y consacrer l'espace et le temps qui nous font également défaut. Nous aurions à rendre compte de son exposition, de ses descriptions et surtout de ses vues thérapeutiques. Il nous faudrait aussi décrire ses procédés et ses instruments nouveaux pour la cure du trichiasis, l'extraction des tumeurs palpébrales, ses procédés de réduction des hernies iridiennes, ceux pour la paracentèse, la pupille artificielle, etc. Sous le nom de *synchysis étincelant*, M. Desmarres a décrit une maladie nouvelle, caractérisée par l'apparition d'étincelles au fond de l'œil et due au ramollissement du corps vitré. Cette nouvelle maladie, décrite avec soin et clarté, pourra servir de point de départ à des travaux ultérieurs sur les affections si peu connues et si négligées du corps vitré et de ses enveloppes.

Nous voudrions pouvoir terminer ici notre tâche en rendant à M. Desmarres la justice qui lui est due pour son consciencieux et remarquable travail; mais, dans l'examen de tout ouvrage, la critique doit avoir sa part, et nous estimons assez M. Desmarres pour la lui faire complète et sincère. Et d'abord nous attaquerons hautement la classification qu'il a choisie. « J'ai classé les maladies des yeux d'après l'ordre anatomique, dit-il, parce que, dans l'état actuel de la science, je ne pense pas qu'une autre classification soit possible. » Si nous demandions à l'auteur les motifs de cette impossibilité, il serait fort embarrassé pour les fournir. Pour nous, nous croyons qu'une autre classification d'ophthalmologie à la fois rationnelle et pratique est fort possible, et nous ajoutons que M. Desmarres était, en raison de ses connaissances positives, plus à même peut-être qu'aucun autre de la tenter avec succès. Dans le même paragraphe, d'ailleurs, il a pris soin de se combattre lui-même. « On ne trouvera pas dans ce livre, ajoute-t-il, de description pour les ophthalmies *goutteuses*, *rhumatismales*, *abdominales*, *scrofuleuses* et autres. » Et pourquoi, s'il vous plaît, ne trouvera-t-on pas la description de ces diverses ophthalmies? Ne dites-vous pas vous-même que « le but du praticien est avant tout de guérir? » Et pourquoi, dès lors, repousseriez-vous une classification des maladies basée sur leur nature et sur le traitement qui leur convient? M. Desmarres a-t-il donc oublié ce principe admis dans la science et appliqué aux spécialités les plus avancées; n'a-t-il pas vu que partout, en astronomie, en histoire naturelle, en anatomie, en physiologie, etc., *le but engendre la méthode*? et le but du médecin, comme il le dit fort bien lui-même, n'est-il pas de guérir? Qu'une nosologie basée sur des considérations thérapeutiques soit chose difficile, nous le concevons; mais en même temps nous répétons qu'elle n'est pas impossible; et une classification de cette espèce serait, nous n'en doutons pas, moins difficile à M. Desmarres qu'à tout autre.

Je reprocherai encore à M. Desmarres d'avoir traité trop succinctement les maladies de l'appareil lacrymal, qui sont pourtant aussi fréquentes que rebelles. Nous regrettons de voir que, dans la description comme dans la classification de ces maladies, M. Desmarres ait tout simplement suivi la routine et fait comme les autres. Ici il fallait faire plus et mieux. Et si M. Desmarres ne croyait pas la chose possible, il devait du moins, à l'exemple de Bacon, consacrer un chapitre aux *desidera-*

ta. La matière ne lui eût pas manqué, surtout dans sa troisième partie; car, il est forcé de le reconnaître lui-même, le traitement habituel de l'épiphora, celui des tumeurs et des fistules lacrymales ne sont rien moins que rationnels.

Malgré cette critique, que nous croyons méritée, critique qui, d'ailleurs, s'applique également aux autres livres du même genre que nous avons indiqués, l'ouvrage de M. Desmarres n'en est pas moins le traité le plus complet qui, jusqu'ici, ait paru sur la matière. Habitué à l'enseignement, M. Desmarres a le précieux mérite d'une clarté et d'une netteté parfaites dans l'exposition. Ses descriptions de maladies ont été sûrement écrites en présence des malades, et partout le traitement est logique et rationnel, car il applique aux maladies spéciales qu'il a décrites les préceptes de la thérapeutique générale. Nous recommandons le livre de M. Desmarres aux élèves, qui ne pourront trouver de meilleur guide pour leurs études d'oculistique. Nous le recommandons aussi aux médecins et aux opérateurs, car tous le liront avec intérêt et avec fruit.

II. **Manuel d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques**, par Ph.-C. Sappey, docteur en médecine, ancien prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, professeur particulier d'anatomie et de médecine opératoire. — *Première partie.* Ostéologie, arthrologie, myologie et aponévrologie. Avec 114 figures intercalées dans le texte (1).

M. Sappey s'est honorablement fait connaître par plusieurs recherches intéressantes, particulièrement sur les vaisseaux lymphatiques. Nous avons inséré dans notre numéro de février 1844 un important travail de ce jeune anatomiste sur l'injection et la conservation des vaisseaux lymphatiques. L'auteur attaque aujourd'hui une tâche plus ardue; sous le nom modeste de *manuel*, il publie un traité fort complet d'anatomie, réunissant deux grandes conditions de commodité pour l'étude pratique de cette science dans les amphithéâtres, savoir : exiguité du format compensée par celle des caractères, figures intercalées dans le texte. Nous remarquerons en passant que ce mode encore nouveau de publication de gravures, introduit sur une grande échelle dans les éditions de luxe des œuvres de nos principaux romanciers, commence à entrer dans la littérature médicale sur une assez vaste proportion également. Cette innovation aura un inconvénient, il est vrai, celui de faire rapidement vieillir et oublier quelques bons ouvrages qui ne jouissent point de cet avantage. A demeurant, l'intercalation de figures dans les textes d'anatomie, de chirurgie, d'accouchements, etc., offre de grandes facilités pour l'étude. Elle est plus commode que ces atlas que l'on rejetait à la fin de l'ouvrage ou que l'on publiait à part; car, dans le premier de ces modes, l'objet reste sous les yeux avec sa légende et son texte explicatif, sans qu'il soit besoin de feuilleter continuellement comme dans le second. Enfin, ce mode de publication étant moins dispendieux, vu que les gravures insérées dans les textes sont de bois, il rend l'acquisition des ouvrages moins onéreuse. Le manuel de M. Sappey, renfermant toute l'anatomie, tant en planches qu'en texte, coûtera beaucoup moins cher qu'aucun autre traité d'anatomie. Il n'a qu'un inconvénient, celui d'être en caractères très fins qui ne seront pas à la portée de tous les organes visuels également, par les sombres journées d'hiver, surtout dans certains points des pavillons d'anatomie de la Faculté, si mal disposés pour recevoir la lumière. Mais cet inconvénient était inévitable avec les conditions que s'imposait l'auteur. Quant au mérite spécial de l'ouvrage, nous nous bornerons à dire que M. Sappey ne s'est pas borné à donner une sèche description des organes. Il y a joint des considérations d'anatomie, tant générale que comparée, et de physiologie, qui font de son livre, non un simple manuel pour les dissections, mais un ouvrage qui peut suivre l'anatomiste dans son cabinet.

(1) Paris, Germer Baillière. — 1847. — La seconde et dernière partie sera publiée en novembre prochain. Voyez aux annonces.

Revue des journaux français et belges.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Nouvelle méthode pour opérer la cataracte, ou méthode par aspiration; par M. Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon. — Voici comment M. Laugier décrit l'instrument fort ingénieux au moyen duquel il propose d'opérer la cataracte en exerçant sur le cristallin et sur ses annexes une véritable succion. « Cet instrument consiste en une aiguille creuse vissée sur un petit corps de pompe qui sert de manche à l'aiguille; celle-ci, introduite à travers la sclérotique comme dans l'opération par abaissement, est plongée dans le cristallin sans le traverser de part en part, mais de manière à y loger la pointe jusqu'au delà de l'ouverture allongée qu'elle présente, et qui est l'orifice du canal pratiqué dans la tige de l'aiguille. Le cristallin a été ponctionné par l'instrument à la partie inférieure, externe et postérieure, à travers la capsule postérieure. L'aiguille ainsi engagée et tenue immobile, on fait doucement le vide en tirant le piston de la seringue. Les parties molles ou fluides du cristallin sont aspirées par l'aiguille et extraites de l'œil sans qu'on ait touché à la capsule extérieure. Aussitôt que la couche opaque, molle, qui existait entre la capsule

extérieure et l'aiguille a été aspirée, l'aiguille paraît comme à nu dans la chambre postérieure, et l'on pourrait craindre qu'elle n'y eût pénétré, si l'on ne faisait la réflexion qu'elle est restée immobile pendant le mouvement du piston. On peut alors la retourner sur son axe pour offrir son ouverture aux portions opaques situées derrière elle, et l'on continue à faire agir le piston toujours avec lenteur, ménagement et sans secousses. On ne serait point forcé de retourner l'aiguille sur son axe, et l'on pourrait ainsi la laisser dans sa première immobilité, si son ouverture était un chas ouvert de chaque côté;... la tige de l'aiguille en deçà de la portion qui doit pénétrer dans l'œil peut présenter un renflement fusiforme qui permette de donner la même disposition à sa cavité et d'y loger facilement les débris de la cataracte. »

Cette méthode ingénieuse, que M. Laugier a déjà employée avec succès dans un cas, n'est guère applicable qu'aux cataractes molles ou au moins à celles qui sont assez peu dures pour pouvoir subir l'opération du broiement, procédé avec lequel la nouvelle méthode peut se combiner lorsqu'on ne peut pas parvenir à aspirer d'emblée toute la portion opaque du cristallin.

Le principal avantage de cette nouvelle méthode est de permettre au chirurgien d'éviter les blessures de la capsule antérieure, résultat heureux quand cette membrane reste transparente; car on sait que sa blessure donne souvent lieu à des cataractes secondaires membraneuses.

On a fait quelque chicane à M. Laugier sur la qualification de *méthode nouvelle* qu'il donne à ce procédé d'aspiration. La méthode est, en effet, plutôt renouvelée que nouvelle, puisqu'elle a été inventée par Albucasis et que cet auteur indique comment on suçait en Perse la cataracte avec une aiguille creuse. Elle était ensuite tombée dans l'oubli d'où vient de la tirer M. Laugier. (*Janvier* 1847.)

BULLETIN THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi avantageux de la galvano-puncture dans un cas d'anévrysme; par M. le docteur Debout. — Nous avons mentionné jusqu'ici la plupart des cas, sinon tous, dans lesquels on a appliqué le nouveau procédé proposé par M. Pétrequin pour la cure des anévrysmes. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui pourra les éclairer sur une méthode qui se présente sous d'aussi heureux auspices. La multiplicité des cas nous obligera, toutefois, à ne plus autant insister sur le détail des manœuvres opératoires. En voici un qui est probablement le premier qui se soit présenté à Paris :

Le concierge du n° 8 de la rue Louis-le-Grand fut saigné le 22 novembre dernier pour une pleuro-pneumonie. Il ne se manifesta aucun accident immédiat. Mais, dans les premiers jours de janvier, il se forma un anévrysme faux primitif de l'artère humérale, parfaitement caractérisé et reconnu comme tel par tous les médecins du premier dispensaire de la Société philanthropique. Pendant une quinzaine de jours, on essaya de la compression qui donna pour tout résultat la formation d'une eschare. Le 21 janvier, malgré la présence de cette eschare, on appliqua la galvano-puncture en présence des médecins du dispensaire auxquels était venu s'adjoindre M. Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon. La séance ne put être prolongée au delà de onze minutes pendant lesquelles le malade reçut environ de 50 à 60 secousses; pendant cette application la peau ne parut ni s'échauffer ni rougir, même aux points d'implantation des aiguilles, et la tumeur ne présenta d'autre modification qu'un peu de sensibilité. On rétablit immédiatement la compression sur la brachiale seulement. Son action, toutefois, fut incomplète, ainsi qu'on s'en convainquit en sentant battre le pouls radial à travers les bandes. Au bout de quatre jours, les battements, le souffle et le bruit de râpe persistaient avec la même intensité. On compta dès lors si peu sur le succès de la première expérience qu'une seconde fut indiquée pour le 28 janvier. Mais lorsqu'on enleva l'appareil pour soumettre de nouveau le malade à l'action de la pile, M. Debout fut fort étonné de trouver, à la place de la tumeur molle qu'il avait constatée la veille encore, une tumeur solide, un noyau dur, qui ne présentait plus, au toucher comme à l'oreille, que des battements faibles et éloignés. Cependant on continua la compression de l'humérale; mais le malade, indocile et se croyant guéri, s'affranchit du bandage et se servit de son bras. Aussi, le 8 février, onze jours après la formation du caillot, la tumeur, toujours dure et solide, s'était élargie d'un centimètre environ du côté interne, vers la tubérosité de l'humérus. En conséquence on rétablit la compression de l'humérale, en prescrivant le repos absolu du membre; trois jours après, les battements cessaient de se faire sentir dans le point où ils avaient reparu. Le 23 février, on constata l'état suivant : la tumeur est beaucoup plus dense, son volume est réduit des deux tiers; si on la saisit et qu'on la soulève, on sent le battement normal de l'artère au-dessous. Tout porte donc à croire, conclut M. Debout, que la guérison est complète et définitive. La coagulation tardive du caillot dans ce cas porte, ajoute-t-il, avec elle son enseignement; dans les cas d'insuccès apparent, on ne doit pas trop se hâter de soumettre de nouveau le malade à l'action de la pile. (*Février* 1847.)

—

Sur un cas remarquable d'opération césarienne; par M. le docteur A. Allain, médecin à Saint-Lô. — L'auteur, aidé de MM. Dumanoir et Lebrun, ses confrères, a pratiqué cette opération chez une femme rachitique au plus haut degré, dont le diamètre sacro-pubien se trouvait réduit à 3 centimètres. Le travail n'était commencé que depuis douze heures; les battements du cœur du fœtus indiquaient que celui-ci n'avait pas encore

souffert. Il fut, en effet, extrait plein de vie et envoyé en nourrice quelques jours après. Le placenta sortit ensuite par la seule contraction de l'utérus; sa sortie fut suivie d'une forte hémorrhagie utérine. La plaie fut réunie par quatre points de suture entrecoupée... Jusqu'à la cicatrisation complète, c'est-à-dire pendant quinze jours, il sortit des caillots de sang par la plaie dont les bords étaient, en outre, sphacélés. Il n'y eut point de péritonite, et ces accidents relativement fort légers n'empêchèrent pas la guérison complète. L'auteur se demande si le calomel, donné pendant huit jours selon la méthode de Law, a concouru à cet heureux résultat. C'est, ajoute-t-il, ce que nous ne saurions dire, d'autant plus que les gencives et la muqueuse gastro-intestinale n'ont indiqué aucune action du médicament sur l'économie. Il croit devoir en faire de préférence honneur à la grande perte de sang faite par la malade, sans toutefois l'affirmer positivement. (*Ibid.*)

Le sulfate de quinine subit par son mélange au café une altération qui doit modifier ses propriétés curatives. — Cette opinion, si nettement formulée par M. Stanislas MARTIN, repose sur les essais suivants faits par ce pharmacien. Lorsqu'on met du sulfate de quinine réduit en poudre dans une infusion aqueuse de café, il s'y opère à l'instant une réaction : une portion de la quinine forme une combinaison insoluble avec le tannin du café; une autre portion de ce sel est empâtée dans le liquide par de l'huile grasse et de l'extractif végétal, et la troisième est dissoute par les acides libres qui se sont formés dans le liquide.

Le café ne jouit pas seul de la propriété de précipiter les dissolutions de sulfate de quinine; le thé aussi forme avec ce sel une combinaison insoluble qui permet de distinguer du thé mélangé de fleurs indigènes d'un autre qui est sans mélange. L'infusion de thé de bonne qualité, contenant beaucoup de tannin, dépose abondamment lorsqu'on verse dedans quelques gouttes d'une dissolution aqueuse de sulfate de quinine, tandis que ce dépôt est presque nul pour le thé falsifié. (*Ibid.*)

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Œdème des membres inférieurs chez les phthisiques. — Suivant M. Rayer, cet œdème se rattache à une lésion inflammatoire du membre œdématié, particulièrement à une phlébite. Les veines de la partie sont, en effet, développées, bleuâtres, et présentent un degré anormal de chaleur; la veine poplitée est épaissie, plus ou moins indurée et offrant quelquefois même une série de petites indurations en chapelet, ainsi qu'on l'observait chez une malade du service de M. Rayer. Ce médecin pense toutefois que l'œdème des phthisiques ne mérite pas d'autres soins que le repos, une position convenable du membre et quelques topiques résolutifs. M. Rognetta pense, au contraire, que l'œdème phlébitique des membres chez les phthisiques réclame un traitement intérieur, au même titre que l'hémoptysie, la fièvre hectique, les sueurs nocturnes, etc. Les bases de ce traitement sont, dit-il, fixées depuis longtemps par l'école italienne; elles se composent de remèdes propres à combattre électivement la phlébo-artérite. En première ligne se présente le sulfate de quinine que les phthisiques tolèrent d'une manière remarquable et dont ils retirent les plus grands avantages. Viennent ensuite le tartre stibié, le seigle ergoté, la térébenthine. (*Février* 1847.)

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

De l'action de la potasse caustique sur les fécules et de son emploi pour les distinguer entre elles et apprécier les proportions de leurs mélanges; par M. MAYET, pharmacien à Paris. — L'auteur s'est livré sur ce sujet à des recherches qui méritent de fixer l'attention, d'autant plus qu'il s'agit ici d'une question importante d'hygiène publique. Aussi allons-nous l'analyser avec quelques détails.

Les alcalis caustiques attaquent et dissolvent les fécules avec facilité, mais d'une manière qui varie pour chacune de ces dernières. L'alcali qui a donné les résultats les plus exacts est la potasse à la chaux.

M. Mayet se borne aujourd'hui à faire connaître les caractères qu'il a observés pour les fécules que le commerce nous présente en poudre. Il réserve pour une nouvelle série d'expériences déjà commencées l'étude des produits féculents étrangers, sous forme granulée, tels que sagou, tapioka, etc.; mais il croit pouvoir annoncer dès à présent qu'il y a une différence très marquée dans leur manière de se comporter avec la solution alcaline, selon qu'ils sont d'origine véritable, ou fabriqués artificiellement avec la fécule. Dans le premier cas, ils sont attaqués difficilement; dans le second, au contraire, ils présentent presque aussitôt les caractères qui vont être indiqués tout à l'heure comme étant propres à la fécule de pommes de terre.

M. Mayet s'est servi d'une solution contenant le quart de son poids de potasse à la chaux. Il l'a employée dans les proportions ci-dessous :

Eau ordinaire.	60
Solution alcaline au quart. .	05
Substance à essayer.	05

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Avec la *fécule de pommes de terre*, gelée très épaisse, d'une transparence opaline, solide au bout d'une demi-minute.

Avec l'*amidon de blé*, le mélange n'est pas solide au bout d'une demi-heure ; de plus, il est laiteux, complètement opaque; mais il ne laisse pas déposer l'amidon.

Avec l'*arrow-root*, le mélange est totalement liquide et laisse déposer l'arrow-root malgré plusieurs agitations. Le liquide surnageant est complètement transparent.

Avec la *fécule de bryone*, le mélange se prend

en gelée transparente immédiatement; mais cette gelée est très liquide et d'une teinte légèrement citrine.

Avec la *farine de haricots* (comme type des farines des légumineuses), mucilage peu épais, jaune-verdâtre, non transparent.

Avec la *farine de manioc*, mucilage un peu plus épais que le précédent, non complètement opaque, laissant voir un grand nombre de grumeaux gonflés, mais non dissous.

D'après ces caractères, il est impossible de confondre entre elles chacune de ces fécules. M. Mayet a voulu voir ensuite s'il était possible d'arriver par ce moyen à apprécier leurs mélanges, et, dans ce but, il a fait les expériences suivantes qui ont donné des résultats assez remarquables :

N° 1. Amidon } āā. 05
Fécule }
Eau. 60
Solution alcaline au quart. . 05

Gelée solide au bout de deux minutes, demi-transparente.

Pour la même quantité d'eau et de solution que ci-dessus :

N° 2. Amidon. 4
Fécule. 1

Mucilage très épais, opaque et laiteux.

N° 3. Amidon. 4 1/2
Fécule. 1/2

Mucilage opaque et laiteux, moins épais que le précédent, mais encore facile à distinguer de l'amidon pur en ce qu'il ne s'écoule pas en gouttes d'un tube de verre creux, contrairement à l'amidon pur.

N° 4. Arrow-root avec 1/5 de fécule. — Gelée opaque et consistante après demi-minute.

N° 5. Arrow-root avec 1/5 d'amidon. — Mélange non gélatineux ; mais, après cinq minutes et deux ou trois agitations, il ne laisse pas surnager un liquide clair comme l'arrow-root pur.

N° 6. Arrow-root avec 1/10 de fécule. — Mélange épais.

N° 7. Arrow-root avec 1/10 d'amidon. — Le résultat paraît offrir les mêmes caractères que le n° 5.

Ces expériences me paraissent, dit l'auteur, avoir un caractère de certitude d'autant plus complet qu'elles ont été répétées sur cinq ou six sortes de ces substances de provenances diverses. On peut donc facilement distinguer de la fécule de pomme de terre mélangée à de l'amidon jusque dans la proportion de 1/10 de fécule, de l'arrow-root mélangé de 1/10 d'amidon ou de fécule, et à plus forte raison de 1/5.

La fin de l'article de M. Mayet roule sur les moyens de distinguer le mélange de la fécule avec les farines destinées à la panification. (*Février* 1847.)

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Nouvelles observations sur les inhalations éthérées. Le n° de mars contient, sur l'inhalation éthérée, un long article dont nous allons extraire ce qu'il y a de neuf et d'important à connaître.

Relativement aux *appareils*, l'auteur signale une cause d'accidents qui lui a paru commune dans les hôpitaux. Lorsqu'on a projeté de l'éther sur des éponges, celles-ci s'altèrent rapidement, et si l'on n'a pas le soin de les renouveler les jours suivants, il se dégage du vase des matières irritantes qui, se mêlant aux vapeurs d'éther, incommodent les malades. Il faut attribuer à cette cause plus d'un insuccès.

Mais les causes d'insuccès dépendent bien plus fréquemment de la *qualité de l'éther employé* que de la confection des appareils. Il existe deux espèces d'éther sulfurique : celui qu'on trouve dans le commerce, et celui qui est rectifié par les pharmaciens. L'éther non rectifié contient, d'après M. F. Boudet, de l'eau, de l'alcool, souvent de l'acide sulfureux, de l'acide sulfurique, de l'huile douce de vin. Pour le débarrasser de tous ces produits, il faut l'agiter longtemps avec de la potasse caustique ou de la chaux et le soumettre à une nouvelle distillation. L'éther rectifié et tout-à-fait pur doit avoir une odeur franche et suave. On s'assure de sa pureté en le versant sur la main ou dans une capsule de porcelaine et le laissant évaporer. Il ne doit laisser aucun résidu ni aucune odeur. Or, l'éther dont on se sert dans les expériences n'a pas le plus souvent ces qualités, et c'est ce qui explique les divers accidents qu'on lui a vu déterminer du côté de l'appareil respiratoire. Nous en avons fait l'essai sur nous-même, dit l'auteur : l'éther impur détermine aussitôt de la toux et de la suffocation ; l'éther bien rectifié est, au contraire, fort agréable à respirer, et c'est à peine si l'on s'aperçoit que sa vapeur pénètre dans les bronches.

Les *expériences sur les animaux vivants* ont démontré que, poussées au delà d'un certain point, les inhalations d'éther amènent la mort. 40 à 50 minutes suffisent pour causer chez le chien une asphyxie mortelle. Mais si, lorsque l'animal tombe dans le collapsus, on lui permet de respirer l'air libre pendant quelque temps, il revient promptement à lui ; on peut ainsi lui faire respirer l'éther pendant un temps indéfini. La conclusion à tirer de ce fait pour l'espèce humaine, c'est que, lorsqu'une opération doit avoir une longue durée, on peut laisser le malade se réveiller, puis l'endormir de nouveau pour achever l'œuvre commencée. M. P. Guersant a suivi ces principes avec les plus heureux résultats dans un cas de lithotomie.

Relativement aux *effets des inhalations éthérées*, les malades qu'on y soumet peuvent être partagés en deux catégories : les uns, plongés dans un collapsus complet, ne donnent absolument aucun signe de douleur

pendant les opérations les plus cruelles; les autres s'agitent, retirent le membre qu'on incise, poussent des gémissements et quelquefois des cris; cependant chez ces derniers la sensibilité est tellement obtuse que la figure reste calme et quelquefois souriante; ils n'offrent aucun des caractères de la terrible angoisse du patient soumis aux tortures d'une opération chirurgicale. Les uns et les autres ne conservent en aucune façon le souvenir de ce qui s'est passé et affirment avec la même insistance qu'ils n'ont éprouvé aucune douleur.

L'auteur de l'article pense qu'on a beaucoup exagéré les accidents causés par les inhalations d'éther. Il ne croit pas qu'on puisse mettre sur son compte les deux cas de mort signalés par M. Jobert dans une des dernières séances de l'Académie de médecine (voy. notre dernier n°). Quelques accidents, tels que les étouffements, les céphalalgies, les accidents nerveux, seraient probablement évités par l'emploi d'un éther de bonne qualité.

Du reste, il est sage de ne point recourir aux inhalations d'éther dans les opérations où la douleur est peu vive ou de courte durée: telle est celle de l'hydrocèle. Les dentistes ne doivent pas non plus y soumettre tous les malades qui réclament leur secours. Il est, en outre, des opérations plus graves qui en contre-indiquent l'emploi. Ainsi, quand on a une opération à pratiquer au fond de la gorge, il est nécessaire que le malade ait la conscience de ce qui se passe pour s'opposer, par la déglutition ou l'expuition, au passage du sang dans les voies aériennes. (*Mars* 1847.)

Revue des journaux allemands.

ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Observation de hernie étranglée du trou ovalaire; par le docteur ROESER, de Bartenstein. — Ces sortes de hernies sont fort rares et d'un diagnostic d'autant plus difficile que l'on a rarement à l'esprit l'idée de la possibilité de leur existence. Dans l'observation qui suit, l'attention de l'auteur a été éveillée par le souvenir d'une hernie de ce genre qu'il n'avait, dans un cas précédent, reconnue qu'à l'autopsie.

OBS. Une personne de 30 ans, vigoureuse, portant sur son visage les apparences de la santé et ayant eu deux accouchements antécédents, était sujette depuis six ans à éprouver subitement, à des intervalles éloignés, des douleurs vives à l'estomac avec des renvois, se propageant à tout le ventre, principalement à la région ombilicale et se terminant le plus souvent par des vomissements après quelques heures de durée.

Le 16 février 1846, elle eut un nouvel accès de cette nature; les vomissements survinrent au bout de quelques heures; mais cette fois ils ne furent point suivis de la disparition des douleurs d'estomac. Le 17 au soir, on fit une saignée; on donna deux onces de ricin qui ne produisirent pas de selles; on donna ensuite de la morphine.

M. Roeser vit pour la première fois la malade le 18 dans la matinée. Elle avait continué de vomir toute la nuit; douleurs de ventre très vives, surtout autour de l'ombilic; sensation de brûlure à l'estomac; l'urine a été également brûlante et rare et s'est même supprimée depuis douze heures. Figure injectée; la soif est modérée; la langue humide et blanchâtre. Le ventre est légèrement tuméfié, très sensible au toucher, offrant des inégalités dues à la distension de quelques anses intestinales; sonorité tympanique sur tout l'abdomen. Pouls un peu augmenté de fréquence.

Ces symptômes firent d'abord penser à M. Roeser qu'il avait affaire soit à une hernie étranglée, soit à une invagination intestinale. Mais l'examen des ouvertures par où se font ordinairement les hernies ne lui fit reconnaître aucune tumeur due à une hernie. D'un autre côté, la distension uniforme du ventre, l'absence de toute dureté ou étranglement partiel de quelques anses intestinales, lui firent abandonner l'idée d'une invagination. Cependant, en palpant la région pectinée, il vit que la pression sur le trou ovalaire gauche causait une vive douleur, tandis que celle du droit ne produisait rien de semblable. Et, en effet, il trouva à la portion supérieure du trou ovale une tumeur du volume d'une noix, rénitente et très douloureuse à la pression. La malade assura alors qu'elle se rappélait fort bien avoir ressenti des douleurs au même point dans toutes ses attaques antécédentes.

Cette tumeur herniaire se distinguait de celle qu'aurait pu former un engorgement glandulaire en ce qu'elle était plus tendue, plus lisse, et en ce que la pression y causait une douleur qui s'irradiait jusqu'à l'épigastre. L'épaisseur des téguments et la petitesse de la tumeur empêchaient que la percussion fût d'aucun secours. Il fallut un taxis prolongé d'une demi-heure pour opérer la réduction de cette hernie. La malade se sentit aussitôt soulagée et eut une selle une demi-heure après. La tumeur réduite, on trouva à la place qu'elle venait d'occuper une dépression profonde pouvant admettre le bout du doigt dans le point qui correspond à l'angle interne et supérieur du trou ovale gauche. Cette dépression était à peine perceptible à droite. Cette malade dut ensuite porter un brayer et un col allongé avec une pelote également allongée. (IIIe *cahier trimestriel de* 1846.)

OESTERREICHISCHE WOCHENSCHRIFT.

Du rétrécissement de l'ouverture des paupières, et de son traitement par la canthoplastie et la section sous-cutanée du muscle orbiculaire des paupières; par le docteur FROEBELIUS, de Saint-Pétersbourg. — L'auteur désigne l'affection qui fait le sujet de son travail sous le nom de *blépharophimosis* que nous

n'avons point reproduit dans le titre, cette dénomination n'ayant point cours encore dans le langage médical. M. Froebelius en a observé 19 cas, et il a constamment trouvé les bords des paupières adhérents l'un à l'autre dans l'angle externe de l'œil; l'étendue de ces adhérences était d'une ligne et demie à trois lignes. Elles occupaient quelquefois toute l'épaisseur de la paupière, d'autres fois une partie seulement, du côté cutané. Il y avait en même temps, soit un entropion, soit un trichiasis. Lorsque l'adhérence occupait toute l'épaisseur de la paupière, ce que M. Froebelius appelle *blépharophimosis organique*, il lui a toujours fallu recourir à la canthoplastie. Les cas dans lesquels l'adhérence n'a lieu que dans une partie de l'épaisseur de la paupière sont désignés par lui sous le nom de *blépharophimosis dynamique*, parce que le rétrécissement de l'ouverture palpébrale lui paraît dû à la contraction spasmodique du muscle orbiculaire. Il se borne alors à faire la section sous-cutanée du muscle orbiculaire. On prévient, par cette section, la formation d'un entropion ainsi que celle de l'adhérence dans toute l'épaisseur de la paupière. Ces deux modes de traitement ont été employés isolément avec succès dans les deux cas qui suivent :

Obs. 1. Une femme de 25 ans, atteinte d'ophthalmie depuis une dizaine d'années, fut vue le 9 septembre par M. Froebelius. Elle avait les deux paupières rétrécies de plusieurs lignes, par suite d'adhérence à l'angle externe. Le rétrécissement était tel qu'on ne pouvait apercevoir que la moitié de la cornée; les bords libres des paupières étaient renversés en dedans et excoriés; la conjonctive était vivement injectée; les deux cornées étaient troubles. Le peu de vision qui restait était annulé par la contraction spasmodique des muscles orbiculaires et par un éphiphora abondant qui survenait lorsque la malade essayait d'ouvrir les yeux. Après avoir calmé l'éréthisme inflammatoire, M. Froebelius fit l'opération suivante à l'œil gauche. Il commença par inciser, avec des ciseaux droits, l'angle externe de la paupière; puis il fit renverser en dehors les bords saignants de cette section, et prolongea l'incision de la peau du côté externe, en lui donnant une forme semi-lunaire dont la concavité était tournée vers l'angle de l'œil; mettant ensuite les bords de l'incision conjonctivale en contact avec la partie la plus externe de l'incision cutanée, il les y fixa par six points de suture. Le lendemain, il enleva trois de ces points où la réunion existait déjà; les autres points ne furent retirés qu'au bout de trois jours. La plaie fût alors remplacée par une cicatrice linéaire; la fente palpébrale se trouva régulière et agrandie, de manière à laisser une suffisante liberté de mouvements à l'œil et aux paupières. Il ne resta plus à traiter que l'opacité des deux cornées et la conjonctivite. L'œil droit fut traité de même un mois après, et le 20 novembre la guérison fut complète.

Obs. 2. Une jeune fille de 19 ans était très sujette aux inflammations chroniques des paupières, lesquelles, s'accompagnant de spasme du muscle orbiculaire, avaient déterminé un entropion à l'œil gauche. On sentait manifestement les fibres musculaires se contracter à l'œil gauche ; chaque mouvement de la paupière rendait l'entropion plus sensible. M. Froebelius pratiqua, le 14 novembre, la ténotomie à la partie externe et supérieure de la paupière supérieure, et, immédiatement après, la tension de la paupière disparut. Le 30 novembre, il n'existait plus de symptômes de réaction. Le spasme de la paupière n'existait plus et celle-ci avait repris une direction normale; mais la paupière inférieure avait toujours de la tendance à se renverser en dedans. Cet inconvénient tenant à une laxité trop grande de la peau de cette paupière, il fut aisé d'y remédier en en excisant une portion. (*Revue médico-chirurgicale.*)

Revue des journaux italiens.

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Rate tombée dans le bassin ; péritonite suraiguë et étranglement intestinal; mort; par M. Bozzi.—Le sujet de cette observation est une femme de vingt-sept ans, affectée de déviation de la colonne vertébrale et ayant l'épaule gauche plus basse que la droite. Elle avait eu néanmoins deux accouchements heureux. Sa troisième grossesse fut compliquée de vomissements quotidiens, ce qu'elle n'avait pas éprouvé dans ses grossesses antécédentes. Le 24 mai 1845, alors qu'elle était enceinte de trois à quatre mois, elle rapporta à M. Bozzi que ses vomissements étaient remplacés depuis huit jours par des douleurs lombaires et de la fièvre. Le même jour, à sa visite, M. Bozzi lui trouva le ventre tuméfié et douloureux dans toute son étendue; l'utérus était petit, grêle et contracté; au-dessus il rencontra des espèces de pelotons qu'il crut formés par l'intestin grêle contracté; il y avait des coliques fortes de temps en temps, de l'agitation, un pouls large et peu accéléré. On fit une forte saignée, on appliqua des cataplasmes émollients; décoction de tamarin à l'intérieur. Au bout de quatre heures, les symptômes prirent un haut caractère de gravité : la figure devint plus anxieuse; il y avait des hoquets continuels, gonflement du ventre, dureté du pouls. L'auteur crut à un étranglement interne. Il prescrivit 30 sangsues sur le ventre, 60 grammes d'huile de ricin dans de la limonade et des lavements irritants.

Le 25, à trois heures du soir, il n'y avait pas encore eu de selles, et les symptômes continuaient de s'aggraver. Nouvelle saignée, purgatif composé de sulfate de magnésie, de manne et d'infusion de séné. La nuit se passa encore sans selles et avec des vomissements copieux.

Le 26, on prescrivit un purgatif drastique au jalap et au calomel, un bain et l'application de 30 sangsues, plus tard une goutte d'huile de ricin et un lavement d'infusion de tabac. Malgré cela, les vomissements deviennent stercoraux, et la malade meurt le lendemain à une heure de relevée.

Autopsie. On trouve à la partie inférieure de la cavité abdominale, au-dessus de la région iliaque droite, un corps qu'il est aisé de reconnaître pour la rate, à sa couleur noirâtre, énormément grossie, du poids de 6 livres; elle reposait en partie sur l'utérus, en partie sur la portion inférieure de l'iléon et du cœcum. Elle avait entraîné avec elle la partie du colon qui fait l'angle entre le transverse et le descendant. Elle étranglait par son poids l'iléon et le cœcum qui étaient très injectés. Le cordon des vaisseaux spléniques s'entortillait deux fois sur lui-même. Il en résultait un obstacle au retour du sang veineux, tandis que le sang artériel y abordait aisément, ce qui explique la distension énorme de la rate. Le péritoine était injecté surtout aux points sur lesquels la rate reposait. (*Avril* 1846.)

GIORNALE DELL' ACAD. R. MED.-CHIR. DI TORINO.

Empoisonnement par la strychnine; guérison à l'aide de la morphine.—Le professeur BERTINI, de Turin, dont nous avons souvent l'occasion de citer les travaux cliniques, a traité avec succès un empoisonnement dans les circonstances suivantes. Un homme de soixante-trois ans était affecté d'une incontinence d'urine par paralysie de la vessie. Un de ses amis, qui s'était bien trouvé en pareille occurrence de pilules de strychnine, lui conseilla d'en faire également usage, et, pour mieux le persuader, il lui fit cadeau de ses pilules. Chacune de ces pilules contenait un cinquième de grain de strychnine. Le malade, sur la prescription de son ami, dut en prendre trois les premières vingt-quatre heures, puis augmenter d'une chaque jour, jusqu'à manifestation de quelque phénomène insolite. Au bout de huit jours, il commença à éprouver des envies fréquentes d'uriner avec sensation incommode. Il crut que c'était un encouragement à persévérer dans la même voie, et il arriva à prendre jusqu'à douze de ces pilules dans les vingt-quatre heures. Il continuait cette dose depuis deux jours lorsqu'il fut subitement pris de vertiges, ce qui ne l'empêcha pas de se l'administrer une fois de plus. Mais à peine avait-il achevé de se l'administrer qu'il fut pris de nouveaux vertiges avec des tremblements dans les membres, rigidité des mêmes membres alternant avec des secousses tétaniques, menaces de suffocation. M. Bertini, appelé en grande hâte, lui trouva le visage rouge et décomposé, les pupilles dilatées, la langue sèche et rougeâtre, le pouls dur et fréquent, la déglutition difficile. M. Bertini essaya d'abord de le faire vomir avec 15 centigr. de tartre stibié aidés d'eau tiède en abondance; mais ce fut inutilement; la rigidité des membres alla en augmentant. Pas plus de succès de la limonade végétale. M. Bertini se décida alors à essayer la morphine à haute dose. Il fit dissoudre 10 centigr. d'acétate de morphine dans 125 grammes de véhicule. Le malade dut en prendre une forte cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure. Les premières doses ramenèrent le calme comme par enchantement. L'acétate de morphine fut alors administré à des intervalles plus éloignés les uns des autres. Les symptômes tétaniques se dissipèrent graduellement, et il ne resta plus que de la céphalalgie, de la soif et un très grand abattement. Les émissions de l'urine rentrèrent depuis lors sous l'influence de la volonté et se firent toutes les deux heures. Ainsi cet homme se trouva à la fois guéri et du mal et du remède. Il est actuellement bien portant; seulement il éprouve de temps en temps de la difficulté à uriner, surtout quand il affecte certaines positions. M. Bertini signale dans ce cas les singularités suivantes: c'est que le tartre stibié n'ait pu faire vomir, que la rigidité tétanique eût lieu sans douleur, et enfin que le malade ne se soit plaint que d'un malaise général qu'il attribuait à la dyspnée. Pour nous, sans vouloir prétendre que l'opium ait été sans influence aucune sur la guérison, nous nous croyons en droit, d'après ces détails, d'émettre l'opinion que c'était là un cas léger d'empoisonnement et que les effets toxiques étaient déjà en grande partie usés quand M. Bertini songea à employer l'opium qui n'a eu qu'à terminer la besogne. Si le malade n'eût déjà par l'habitude contracté une certaine tolérance de l'agent toxique, les effets eussent été bien autrement rapides et la mort eût sans doute eu lieu bien avant qu'on eût eu le temps même de penser à l'opium. On peut voir d'ailleurs, par une autre observation d'empoisonnement par la strychnine que nous avons rapportée dans un n° précédent, combien une dose un peu forte de ce poison laisse peu de temps aux moyens thérapeutiques pour agir. Ceci soit dit d'ailleurs sans aucune intention de nier les bons effets de l'opium en cette circonstance ni l'opportunité de l'administrer en pareil cas. Mais nous croyons que dans un cas sérieux il faudrait une dose beaucoup plus forte de morphine. (*Juin* 1846.)

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

De l'usage externe du chlorate de potasse contre le cancer de la peau; par le docteur Carlo TEDESCHI, chirurgien en chef provisoire de l'hôpital de Bassano. — Un paysan, âgé de vingt-six ans, entra dans cet hôpital le 18 mars 1846, portant un ulcère cancéreux qui occupait la lèvre supérieure et les ailes du nez vers leur fente et qui avait un pouce carré d'étendue environ. Les bords de l'ulcération étaient calleux, relevés. L'ulcère fournissait un pus de mauvaise nature, recouvert pas des croûtes qui tombaient et se reproduisaient continuellement. La maladie avait débuté par un petit tubercule qui s'était ensuite ulcéré. Les glandes lymphatiques du col étaient gon-

flées et douloureuses; l'habitude extérieure du corps portait l'empreinte scrofuleuse. Les traitements que le malade avait faits chez lui n'avaient pu enrayer le cours de la maladie.

On eut d'abord recours à la pommade de peroxyde de mercure, en même temps qne l'on administrait à l'intérieur les fleurs de zinc et la décoction de la seconde écorce d'orme pyramidal. On n'en obtint aucun effet, non plus que de divers autres médicaments qu'on leur substitua. On eut ensuite recours à l'usage externe de l'arsenic d'après la formule de Dupuytren; on en fit plusieurs applications successives sans en rien obtenir.

L'auteur, se rappelant alors les succès que le docteur Hunt avait obtenus du chlorate de potasse dans le traitement des ulcères de la bouche chez les enfants, employa chez son malade des lotions d'une solution de deux gros de ce sel dans quatre onces d'eau commune; on employait en même temps des préparations iodées. Il y eut en peu de jours une amélioration sensible. Les callosités de l'ulcère tombèrent, la suppuration prit un aspect louable, et au bout de vingt jours il se forma une cicatrice régulière. Les engorgements lymphatiques du cou disparurent à leur tour, et le malade fut complètement guéri dans les premiers jours d'août. (*Numéro de septembre.*)

Revue des journaux anglais.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Anévrysme de l'artère carotide traité par le galvanisme; par John HAMILTON, chirurgien de l'hôpital de Richmond.— L'auteur fait observer, avec raison, que lorsqu'un nouveau moyen est mis à l'essai, on doit publier les insuccès aussi bien que les succès, afin que l'on puisse reconnaître et éviter les causes qui ont déterminé les premiers. L'observation suivante est donc un cas malheureux; mais il n'est point absolument défavorable à la galvanopuncture. Il faut bien se rappeler d'ailleurs que M. Pétrequin ne l'avait d'abord proposée que contre les petits anévrysmes; le succès l'avait ensuite enhardi à l'appliquer à des cas successivement de plus en plus graves, tels que l'anévrysme brachial, l'anévrysme poplité. Il était sans doute loin de penser dès l'abord qu'on oserait avec quelque chance de guérison l'appliquer à un anévrysme tel que celui de l'artère carotide, et que l'on réussirait en partie.

OBS. James Holmes, âgé de 43 ans, est entré à l'hôpital de Richmond le 26 mars 1846. Il avait été onze ans soldat dans les Indes orientales, puis renvoyé en Europe pour cause de mauvaise santé. Sa constitution se trouvait détériorée par trois causes, le climat, les excès alcooliques et une syphilis constitutionnelle caractérisée par des périostoses. Les ganglions lymphatiques du côté gauche du cou étaient gonflés, et il existait deux ou trois trajets fistuleux qui fournissaient du pus. Il avait de la diarrhée, de la toux, de la céphalalgie, de l'insomnie, et, ce qui le fatiguait le plus, des vomissements continuels d'un liquide jaune-verdâtre auquel se joignait tout ce qu'il ingérait. M. Hamilton l'avait déjà antérieurement traité, une fois pour un vaste abcès de la fesse, l'autre fois pour une périostose abcédée de la région pariétale, suivie d'exfoliation d'une portion de l'os. Cet homme était en outre affecté d'une bronchite chronique et d'un léger épanchement à droite avec matité et absence du bruit respiratoire. On soupçonnait enfin, chez lui, l'existence d'une maladie de Bright. Ces symptômes si multipliés cédèrent néanmoins tous, à l'exception d'un seul, le vomissement. Rien n'annonçait qu'il y eût une affection organique de l'estomac; l'état général s'améliorait d'ailleurs. Cependant au bout d'un mois de séjour à l'hôpital les ganglions fistuleux du con qu'il avait lors de son entrée augmentèrent de volume, la voix devint faible et voilée, et, quinze jours après, on reconnut chez lui la présence d'un anévrysme de l'artère carotide. Cet anévrysme existait sans aucun doute depnis longtemps; mais il avait été jusque-là masqué par les ganglions en suppuration; ce ne fut que la diminution de ces derniers qui le mit en évidence et les plaintes que le malade fit le 7 mai de battements très forts dans la partie gauche du cou. On sentit, en effet, une tumeur molle, profondément située, contenant un fluide et étant d'ailleurs le siége de battements bien marqués. Elle était située en dedans du muscle sterno-mastoïdien qui la recouvrait même en partie.

On ne pouvait presser sur cette tumeur sans déterminer de l'étouffement. Il n'y avait pas de bruit de soufflet. La compression que cette tumeur exerçait sur la partie latérale gauche du larynx déterminait de la toux et avait presque entièrement éteint la voix.

La constitution de cet homme contre-indiquait une opération sanglante; la compression était inapplicable. M. Hamilton avait lu dans les journaux français les résultats récemment obtenus par le galvanisme et l'acupuncture. La maladie se trouvant en quelque sorte au-dessus des ressources régulières de l'art, l'auteur crut que c'était là le cas d'essayer la nouvelle méthode.

Le 15 mai, il procéda à l'application de la galvanopuncture en présence des docteurs Hutton, Macdonnel et Macdowell, et de M. Stapleton, chirurgien de l'hôpital de Jervis-street.

M. Hamilton introduisit à la partie externe du sac anévrysmal une aiguille d'or qu'il fit pénétrer d'un pouce environ. Il en fit pénétrer également une autre à la partie interne. Les aiguilles pouvaient se croiser au centre de la tumeur. Il crut ces aiguilles d'or plus favorables à la coagulation du sang que celles d'acier; elles furent recouvertes, excepté

à leur pointe, d'un enduit de résine laque. La pile qu'il employa était celle de Smee, laquelle consiste en douze couples de zinc et d'argent. Le courant fut établi d'une manière graduelle : lorsque l'immersion fut complète, il n'y eut qu'une douleur modérée et une légère contraction musculaire. Au bout de quinze minutes, rien n'annonçait encore la coagulation du sang dans la tumeur; mais elle paraissait battre avec moins de force. A partir de ce moment, les pulsations diminuèrent notablement; la tumeur devint en même temps plus grosse et plus dure; le malade se plaignit de ressentir une douleur analogue à celle que produirait un chien en serrant la gorge. Il s'y joignit bientôt divers autres symptômes, tels que du délire, une violente céphalalgie frontale; mais celui qui parut le plus sérieux fut une augmentation rapide de la tumeur, due à la coagulation. Celle-ci, après vingt-cinq minutes de galvanisme, se trouva si complète que la tumeur ne formait plus qu'une masse compacte, dans laquelle les pulsations étaient imperceptibles. L'opération fut donc interrompue. On avait d'ailleurs pour cela un autre motif, c'est que le courant électrique avait frappé les tissus de mort autour de l'aiguille positive, ce qui s'annonça d'abord par la vésication, puis par une plaque noirâtre de l'étendue d'une lentille.

L'opération avait donc réussi comme moyen coagulateur du sang; mais avait-on beaucoup à se louer de ce résultat? Le malade éprouvait toujours une sensation de malaise dans la tête et de la douleur au-dessus du sourcil gauche. La vision avait cessé dans l'œil gauche, et la pupille était contractée. Il avait en outre de l'agitation et se plaignait toujours d'un sentiment de constriction à la gorge; il y avait des contractions spasmodiques aux membres inférieurs; refroidissement général; pouls tombé de 74 à 60. La tumeur avait pris un volume triple ou quadruple de celui qu'elle avait avant l'opération, lequel était alors à peu près celui d'un œuf de poule.

16 mai. La nuit a été mauvaise; le malade a eu de fréquents vomissements. Douleurs à la fois dans la tête et dans la tumeur. Le matin la réaction s'est établie et le pouls est à 86. La tumeur est solide dans toute son étendue, excepté en dedans, où l'on semble percevoir une légère sensation de pulsation. Chaque battement de l'artère carotide soulève la tumeur en masse. Dans la matinée, le malade ne ressent plus de douleur dans la tumeur ni dans la tête; mais il est très faible.

Le 17 mai, l'état général était meilleur; mais l'état local ne tarda pas à empirer. Les battements reparurent dans la tumeur, quoique moins forts qu'avant l'opération. On sentait qu'il existait un liquide à sa partie antérieure. Les vomissements d'ailleurs continuaient.

Fallait-il recourir de nouveau à l'opération? L'auteur fut d'avis de s'en abstenir, principalement d'après cette considération que si l'application du galvanisme provoquait une nouvelle augmentation du volume de la tumeur anévrysmale, il pourrait en résulter les plus graves accidents par suite de la compression de la trachée et de la veine jugulaire. Les confrères de l'auteur partagèrent son opinion.

Les vomissements continuèrent avec la même violence qu'auparavant, et le malade mourut, en apparence d'épuisement, le 8 juin, c'est-à-dire un peu plus de trois semaines après l'application du galvanisme. Les battements cessèrent de se faire sentir dans la tumeur quelques jours avant sa mort.

Autopsie.—Il n'existait dans l'estomac qu'un peu de rougeur qui ne suffisait pas pour rendre compte des vomissements. Les reins offraient le premier degré de la maladie de Bright. L'anévrysme avait le volume d'une grosse orange; il s'étendait de l'os hyoïde au septième anneau de la trachée. La tumeur, dans ses deux tiers antérieurs, était globuleuse; elle était aplatie en arrière; en dehors, elle offrait un sillon rempli en partie par le bord du muscle sterno-mastoïdien et en partie par la veine jugulaire qui était aplatie et oblitérée. Le nerf pneumogastrique passait derrière la tumeur; il s'était aplati comme un ruban et avait contracté avec celle-ci des adhérences si intimes qu'il était fort difficile de l'en détacher; au-dessus de l'anévrysme il reprenait son volume normal. Les parois du sac anévrysmal étaient fortes et épaisses; en avant il ne paraissait contenir que du sang solidifié. Ce sac naissait de la partie antérieure de l'artère; mais celle-ci ne tardait pas à se perdre dans la tumeur. Au-dessous, le tronc de l'artère était sain. Les artères carotides interne et externe étaient fort diminuées de volume; elles étaient si obstruées qu'on ne pouvait faire pénétrer un stylet dans leur cavité. Le contenu de la tumeur était solide; au centre, le sang coagulé avait la consistance et la couleur d'une gelée de groseilles un peu noire. La partie la plus externe de la poche était formée de couches fibrineuses d'une épaisseur d'un demi-pouce environ.

L'auteur fait remarquer que cette observation ne prouve rien contre l'application du galvanisme. Cependant l'anévrysme carotidien est un de ceux qui sont le moins favorablement disposés pour la conservation du caillot opéré par le galvanisme; car on ne saurait établir une compression suffisante pour empêcher le sang d'entraîner le caillot nouvellement formé. Resterait donc la ressource de réitérer l'opération; l'auteur a donné les motifs qui l'ont porté à s'abstenir en ce cas. Reste à savoir si dans les autres, comme dans celui-ci, la galvanisation aurait pour effet de produire une augmentation subite du volume de la tumeur. S'il en était ainsi, cette méthode ne serait pas applicable à l'anévrysme carotidien. (*Novembre* 1846.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mars 1847.

M. le président annonce que le produit de la souscription de l'Académie en faveur des inondés de la Loire s'élève à la somme de 621 fr.

— L'ordre du jour appelle la nomination de la commission du prix d'Argenteuil. Les neuf membres qui ont obtenu la majorité des suffrages sont MM. Gimelle, Blandin, Bouillaud, Gerdy, Gauthier de Claubry, Cloquet, Rayer, Malgaigne et Hervez de Chégoin.

— M. Nacquart a la parole pour une proposition. Après avoir exposé la situation dans laquelle se trouve actuellement la classe pauvre en France par suite du renchérissement des céréales, il propose à l'Académie de nommer une commission qui aurait pour mission d'examiner les conditions de l'alimentation en France en général, et en particulier dans l'état actuel de disette et d'élévation du prix des céréales.

La proposition de M. Nacquart étant appuyée, M. le président annonce que le conseil procédera au choix d'une commission.

Embaumement.

M. Poiseuille fait, au nom d'une commission, un rapport officiel sur les procédés d'embaumement et de conservation des matières animales soumis à l'examen de l'Académie par MM. Dupré, Sucquet et Gannal. Voici les conclusions de ce rapport :

1° Les mélanges de gaz acide sulfureux et d'acide carbonique proposés par M. Dupré pour l'embaumement ne paraissent propres à retarder la putréfaction que pendant un temps très limité.

2° Les sels d'alumine employés par M. Gannal dans l'embaumement ne donnent pas lieu à une conservation indéfinie ; mais votre commission est portée à penser qu'ils acquièrent cette propriété par l'addition d'une préparation d'arsenic.

3° Le liquide dont fait usage M. Sucquet dans les embaumements ne contient pas d'arsenic, et la conservation des corps qui en est le résultat est si parfaite qu'elle ne laisse rien à désirer, toutefois pendant le laps de temps qu'elle a été constatée, et qui est d'environ deux ans.

Votre commission croit cependant, d'après l'état des pièces que nous avons sous les yeux, qu'il doit en être du chlorure de zinc combiné avec les tissus animaux comme du perchlorure de mercure.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Amputations spontanées chez un nouveau-né.

M. P. Dubois présente à l'Académie un enfant né depuis deux jours, atteint des lésions congéniales suivantes. Aussitôt après sa naissance, on s'aperçut que les doigts médius et annulaire de la main gauche étaient réduits à leurs premières phalanges ; l'extrémité libre de celles-ci était arrondie, recouverte par la peau dans la plus grande partie de son étendue ; mais au centre même de cette sorte de moignon existait une petite plaie encore humide de sang, et qui attestait une séparation récente des phalanges qui manquaient. Du voisinage de ces petites plaies naissait un prolongement filiforme très ténu et très résistant ; il était beaucoup plus long que n'auraient été les phalanges absentes si elles n'avaient pas disparu, en sorte qu'il n'en pouvait pas être considéré comme les débris.

Une lésion tout-à-fait semblable existait encore aux deuxième et troisième orteils du pied gauche et du pied droit ; les dernières phalanges manquaient également, et elles étaient remplacées par un moignon offrant, à son centre, une petite plaie saignante encore, et une production filiforme semblable à celle qui a été indiquée plus haut.

La jambe gauche présentait, un peu au-dessus des malléoles, un étranglement très prononcé, une sorte d'enfoncement circulaire étroit et profond qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui qui résulterait de l'étreinte prolongée d'une ligature ; aucun vestige d'un corps semblable n'existait cependant. Le gros orteil du pied droit offrait, au niveau de sa première phalange, un étranglement du même genre. Cette altération et la mutilation des orteils voisins semblaient constituer deux degrés d'une même maladie. Enfin, la jambe droite présentait aussi une dépression circulaire analogue, quant à la forme et au siége, à celle qui existait sur la jambe gauche, mais infiniment moins prononcée. Au moment de la naissance de cet enfant, aucune trace d'irritation n'existait autour des parties mutilées ; mais depuis, et sous l'influence des conditions nouvelles de la vie extérieure, une véritable inflammation traumatique s'y est développée.

Le cordon ombilical n'avait que 33 centim. de longueur au lieu de 64 ou 66 que représentent les dimensions ordinaires de ce lien vasculaire.

A part les lésions qui viennent d'être indiquées, l'enfant était bien conformé et bien développé.

La mère de cet enfant, accouchée à la Clinique de la Faculté, ne s'y était présentée qu'assez longtemps après la rupture des membranes et l'écoulement d'une grande partie de la poche des eaux de l'amnios, en sorte qu'il n'a été possible de trouver aucun vestige des parties qui manquaient.

M. P. Dubois se propose de développer et de compléter cette intéressante communication quand les travaux habituels de l'Académie lui laisseront le loisir de l'entendre.

— M. Jobert (de Lamballe) présente deux femmes qu'il a opérées et guéries de fistules vésico-vaginales à l'aide de son procédé autoplastique par glissement.

— M. Civiale présente un canal de l'urè-

thre sur lequel on observe des valvules et des carnosités anormales.

— M. Hutin présente un ancien soldat d'Afrique qui, à la suite d'une angine ulcéreuse, offre une disposition singulière du voile du palais. Cette membrane s'est appliquée sur l'ouverture postérieure des fosses nasales qu'elle bouche complètement, de manière à priver l'organe olfactif de ses fonctions.

Séance du 23 mars.

M. le président fait connaître la composition de la commission qui aura à examiner la proposition faite par M. Nacquart dans la dernière séance. Cette commission est composée de MM. Nacquart, Prus, Chevallier, Loiseleur-Deslongchamps, Huzard, Villermé, Londe, Adelon et Mêlier.

—M. Pariset lit, en son nom et en celui de M. Ferrus, un rapport sur un mémoire de M. Brière de Boismont, intitulé : *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie.*

Nous avons rendu un compte détaillé de cet intéressant travail lors de sa présentation à l'Académie. Celle-ci adopte sans discussion les conclusions favorables aux faits et aux propositions énoncés par l'auteur.

De l'influence des aspirations d'éther dans les opérations chirurgicales.

M. Blandin fait un long discours dans lequel il récapitule tout ce qui a été fait et dit jusqu'à ce jour sur l'éther. Il y a, dit-il, dans l'action de l'inhalation éthérée trois périodes nettement tranchées qu'il importe avant tout de bien fixer.

Dans la première période, que l'on peut appeler de *préparation*, il n'y a pas encore ivresse ; l'éther porte de tous côtés une excitation insolite, qui se traduit à l'extérieur par un trouble et une agitation remarquables.—Dans la deuxième période, que l'on peut appeler, avec M. Longet, *période d'éthérisation des lobes cérébraux*, l'ivresse se prononce : pesanteur de tête, étourdissements, tintements d'oreille ; accablement chez quelques-uns ; chez d'autres, au contraire, excitation insolite, raideur tétanique, secousses convulsives ; ceux-ci pleurent, ceux-là sont pris d'un rire sardonique ; quelques-uns veulent parler, et la parole expire sur leurs lèvres ; d'autres restent silencieux. Ces divers phénomènes indiquent, à n'en pas douter, que l'éther porte son action sur les lobes du cerveau ; mais son influence n'a pas encore dépassé les limites de cet organe ; aussi les sujets restent-ils jusque-là parfaitement sensibles aux excitations extérieures, et réagissent-ils avec force contre les impressions douloureuses : ils s'agitent, cherchent à fuir, crient ; seulement ils ne conservent aucun souvenir de ce qui leur a été fait. —Dans la troisième période, que M. Blandin appelle, encore d'après M. Longet, *période d'éthérisation de la protubérance*, la scène change complètement. Il y a résolution générale, suspension momentanée de la vie de relation ; les mouvements respiratoires, plus précipités jusque-là, se ralentissent ; le cœur seul paraît déployer plus d'activité que de coutume ; l'hématose est troublée ; le sang qui parcourt les veines n'est pas brun d'abord, comme l'a cru M. Amussat ; mais peu à peu il devient moins rose qu'à l'état normal, et il n'acquiert guère la teinte de sang veineux que dans les cas où l'on prolonge très longtemps l'inhalation. L'insensibilité, d'après les expériences de M. Longet, s'étend à la protubérance annulaire qui jusque-là était restée intacte. A partir de ce moment, on peut, suivant que l'on cesse ou que l'on continue l'inhalation, dissiper cette ivresse ou la prolonger un certain temps. Si l'on cesse l'inhalation, le sujet repasse successivement par tous les états qu'il a subis lors du développement des phénomènes.

Les périodes ascendantes et descendantes de l'ivresse éthérée ont les mêmes caractères, sauf cette différence que les premières se succèdent parfois avec une telle rapidité qu'elles paraissent en quelque sorte confondues ensemble ; les secondes, au contraire, se déroulent avec lenteur, dans un ordre parfaitement régulier.

C'est à tort que l'on a dit que tous les sujets soumis à l'action de l'éther éprouvaient une sensation de bien-être indéfinissable. Les faits ont démontré depuis que les songes de l'ivresse éthérée, comme ceux du sommeil ordinaire, sont simplement en rapport avec l'âge, les goûts, les habitudes et les préoccupations habituelles des sujets ; ils sont donc agréables chez les uns, pénibles chez les autres.

Les songes et les autres phénomènes de l'ivresse éthérée n'ont pas une grande ténacité : ils se dissipent assez promptement. Cependant la plupart des malades éprouvent encore, pendant plusieurs heures, quelques-uns même toute la journée, une céphalalgie et une pesanteur de tête remarquables. L'inhalation est sans aucun doute suivie d'une congestion du cerveau. Dans deux cas M. Blandin a été obligé de faire saigner les opérés pour remédier à cette congestion. Enfin, au retour, il se manifeste souvent une sorte de réaction nerveuse qui rend les sujets plus irritables et plus sensibles qu'à l'état normal.

De ce qui a été dit touchant les trois périodes de l'inhalation éthérée il résulte que la dernière est la seule période vraiment chirurgicale, la seule pendant laquelle il soit possible, en raison de la complète insensibilité des sujets, de les soumettre sans les faire souffrir aux plus douloureuses opérations. Mais, en cet instant de l'inhalation éthérée, deux préoccupations se présentent à l'esprit du chirurgien :

1° *La mort peut-elle être le résultat de l'inhalation, si on continue celle-ci au delà du moment où les sujets sont devenus insensibles aux excitations extérieures ?* 2° *Ce fatal évènement, s'il est possible, arrive-t-il bien loin de l'époque où la sensibilité a été absolue ?*

Il est impossible, dit M. Blandin, de conserver le moindre doute sur le premier point ;

et il en réfère sur ce point aux expériences de M. Flourens que nous avons rapportées dans les précédentes séances de l'Académie des sciences.

Quant au second point, il résulte des expériences faites en commun par MM. Blandin et Longet que, lorsqu'on continue l'inhalation, l'abolition des phénomènes respiratoires suit de très près l'abolition de la sensibilité, et que, par exemple, *les lapins sont à quatre, six ou huit minutes de la mort*, lorsqu'ils sont arrivés à cette période de l'ivresse éthérée que nous attendons chez nos malades pour les opérer.

Est-il absolument nécessaire de porter l'éthérisation jusqu'à cette troisième période qui a de tels inconvénients? M. Blandin ne le pense pas. Bien que les succès ne paraissent bien complets qu'à cette période, il n'est pas absolument indispensable de pousser l'inhalation jusque-là. Dès la deuxième période, les fonctions du système nerveux sont déjà tellement troublées que les sujets n'ont plus leur intelligence nette, qu'ils perdent la mémoire, et que la douleur n'a pour eux que de très médiocres inconvénients.

M. Velpeau trouve fort exagérées les craintes de M. Blandin relativement à la troisième période de l'inhalation éthérée. Ces dangers ne résultent, dit-il, jusqu'à présent que d'expériences faites sur les animaux. Je n'ai pas connaissance qu'il y ait jamais eu danger de mort chez des sujets opérés et plongés préalablement dans le sommeil de l'éther (1). On dit que si l'on prolongeait pendant quinze à vingt minutes l'éthérisation chez un animal arrivé à la troisième période, on le tuerait; mais est-il besoin de prolonger l'éthérisation? Le sommeil dure bien huit ou dix minutes; il est rare qu'une opération dépasse ce terme; puis on peut laisser le malade respirer un peu d'air, sauf à replacer l'appareil à plusieurs reprises, si on le juge nécessaire. J'ai prolongé une fois l'éthérisation pendant douze minutes, M. Maisonneuve pendant plus de trente-neuf, et cela sans inconvénient aucun.

La suite de la discussion, vu l'heure avancée, est remise à la séance prochaine.

— M. Maissiat présente deux appareils nouveaux : l'un, qu'il désigne sous le nom d'*éthéromètre*, est destiné à mesurer la quantité de vapeur d'éther introduite dans les poumons à une température donnée et dans un nombre donné d'inspirations ; l'autre, destiné à graduer l'intensité de ces vapeurs d'éther, et à augmenter ou à diminuer à volonté la quantité d'air pur mélangé à l'air éthérisé.

Séance du 30 mars.

Appareil pour faire de la glace. — M. Thillaye fait, au nom d'une commission, un rapport officiel sur un appareil à congélation de M. Villeneuve. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que le congélateur de M. Villeneuve peut être employé avec utilité pour faire de la glace pendant les saisons chaudes et dans les lieux où il n'y a point de glacière.

M. Orfila : Il existe un autre procédé (le nom de son auteur m'échappe en ce moment) qui est beaucoup plus efficace et plus rapide que ceux dont on vient de parler. Il consiste dans un mélange d'azotate et de chlorhydrate d'ammoniaque. Le froid produit par ce mélange est double de celui que l'on obtient par le sulfate de soude et le sel gris dont on s'est servi jusque dans ces derniers temps dans les laboratoires. En cinq minutes j'ai pu obtenir, par ce moyen, 3 ou 4 livres de glace, dont le prix de revient ne dépassait pas 15 à 20 centimes par livre. Je crois, en conséquence, qu'il conviendrait de modifier un peu les conclusions, d'être plus sobre dans les termes d'approbation que propose la commission.

La modification proposée par M. Orfila, étant appuyée, est mise aux voix et adoptée.

Inhalations d'éther. — La discussion reprend sur ce sujet entre MM. Blandin et Velpeau. M. Roux y prend part et déclare ne pas croire aux périodes que l'on a établies ; pour lui, il n'a rien observé de semblable chez ses opérés. Il ne croit pas non plus aux dangers de ce qu'on appelle la 3e période. Quant à opérer pendant la seconde, mieux vaudrait alors s'abstenir d'employer l'inhalation ; car, au début de l'éthérisation, la sensibilité, au lieu d'être amoindrie, est souvent, au contraire, exaltée.

Extirpation d'une tumeur cancéreuse durant trois quarts d'heure ; inhalation d'éther à plusieurs reprises. — M. Denonvilliers présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une femme qui est encore actuellement en traitement à l'hôpital de Bon-Secours : c'est une tumeur encéphaloïde volumineuse développée dans l'épaisseur du mollet gauche qui, loin d'être circonscrite d'une manière exacte, est au contraire formée de plusieurs noyaux dispersés tant dans le tissu cellulaire que dans les parties environnantes. Nous omettons la description anatomique de la pièce, ainsi que les détails sur les symptômes qui ne laissaient aucun doute sur l'indication d'opérer. L'opération fut pratiquée le 22 mars. La première incision fut de 26 centimètres ; il fallut, après une dissection laborieuse, extirper la presque totalité des muscles jumeaux et soléaire, aller jusque dans le creux poplité enlever des parties indurées, puis rechercher dans tous les coins de la plaie et retrancher les tissus suspects, enfin pratiquer, pour arrêter l'écoulement du sang, dix ligatures d'artères. Bref, ce fut une opération délicate et pénible, qui ne dura pas moins de trois quarts d'heure. Cependant la malade ne donna aucun signe de douleur et ne souffrit nullement en effet : c'est qu'elle avait été soumise aux inhalations éthérées. Ce ne fut qu'au bout de douze minutes qu'elle fut plongée dans un état de parfaite insensibilité, et cet état fut entretenu pendant tout le cours de l'opération par des

(1) Un cas de mort arrivé par l'éther en Angleterre est récemment venu donner le démenti à cette assertion de M. Velpeau. Voyez aux nouvelles.

inspirations d'éther plusieurs fois reprises et suspendues. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la respiration fut stertoreuse dès le commencement de l'éthérisation, et conserva ce caractère quelque temps même après l'opération. Le résultat immédiat fut satisfaisant; mais la malade, reportée dans son lit, demeura dans un état assez inquiétant de stupeur et d'assoupissement, avec augmentation notable de la respiration et du pouls, qui dura trente-six heures presque sans interruption. Le lendemain matin, il lui fut pratiqué une très petite saignée qui offrit les caractères du sang ordinaire. Le deuxième jour, le pouls était tombé de 115 à 100 pulsations; le troisième jour, il était à 70. Depuis cette époque tout va bien. On est au neuvième jour de l'opération, et tout semble présager l'heureuse issue d'un des cas dans lesquels l'éther ait été jusqu'ici employé avec le plus de hardiesse.

Séance du 6 avril.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport favorable sur un mémoire de M. le docteur Ragaine, médecin à Mortagne, relatif à une épidémie de fièvres typhoïdes. M. Ragaine se loue beaucoup de la méthode évacuante qu'il a employée chez ses malades. Il n'a perdu que deux de ces derniers, quoique beaucoup aient offert des symptômes très graves. M. Ragaine établit en outre dans son mémoire la contagion de la fièvre typhoïde.

L'Académie vote, après discussion, les conclusions du rapport, qui sont le dépôt aux archives et l'envoi d'une lettre spéciale de remercîments à l'auteur.

M. Piedagnel lit une note détaillée sur la maladie de M. Cottereau qui a succombé à une affection multiple, pleuropneumonie gauche, pleurésie droite avec épanchement, gastrite chronique et hypertrophie du cerveau. Ces deux dernières altérations organiques paraissent à M. Piedagnel devoir être incontestablement rapportées à l'abus que, depuis quatre ans, notre confrère faisait du camphre sous toutes les formes et continuellement.

Séance du 13 avril.

M. Denonvilliers se porte candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— M. Martin-Solon fait, au nom de M. Chevallier et au sien, un rapport sur un mémoire intitulé : *Quelques remarques sur la colique de plomb et la colique de cuivre, et leurs caractères différentiels*; par M. Millon, de Sorèze.

L'auteur a observé que la colique de cuivre est beaucoup plus rare que celle de plomb, même chez les ouvriers qui manient à la fois ces deux métaux. Comme caractères distinctifs de ces deux maladies, M. Millon signale le ballonnement du ventre, la diarrhée quelquefois sanguinolente et la fréquence du pouls dans la colique de cuivre, tandis que les symptômes diamétralement opposés se montrent dans celle de plomb. Les observations de M. Millon le portent à penser que les os des ouvriers qui travaillent le cuivre seraient faciles à distinguer dans les cimetières de ceux des autres ouvriers par la coloration verdâtre que le cuivre leur communique. La commission ne partage pas, à cet égard, l'opinion de l'auteur. Elle n'admet pas non plus l'absence du plomb dans l'urine des individus atteints de colique saturnine. C'est là, selon M. le rapporteur, une erreur basée sur ce que les recherches du plomb ont été longtemps infructueuses. Aujourd'hui, l'on sait qu'en calcinant l'urine de ces ouvriers, traitant le charbon par l'acide nitrique, et faisant ensuite traverser le liquide par un courant de gaz sulfhydrique, on en précipite du sulfure noir de plomb.

M. Millon termine son travail en faisant remarquer, pour dernière différence entre les coliques de plomb et de cuivre, que la première cède plus facilement aux purgatifs, et la seconde aux émollients. M. le rapporteur a cherché à constater par lui-même si l'usage des simples boissons délayantes ou rafraîchissantes ne suffirait pas à guérir les malades atteints de colique saturnine en entraînant par l'urine la cause de l'intoxication. Sur 22 malades qui ont été soumis à ce traitement, la maladie a été amendée du deuxième au troisième jour lorsque la colique était faible, et du troisième au cinquième lorsqu'elle était plus intense. Tous les malades ont été guéris du sixième au quatorzième jour. Ce moyen lui paraît, en conséquence, devoir être considéré comme un adjuvant utile aux autres agents thérapeutiques en usage.

La commission propose pour conclusions : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur et de l'engager à continuer ses recherches; 2° de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

— M. Robinet lit un travail qui a pour titre : *Sur un essai de ventilation qui vient d'être fait dans un des hôpitaux de Paris.* — Il s'agit d'un essai tenté récemment à l'hôpital Beaujon. L'auteur signale les avantages de ce mode de ventilation et pense qu'il pourrait être très utilement appliqué à tous les hôpitaux, ainsi que dans tous les lieux d'assemblée publique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 mars 1847.

Action de l'éther injecté dans les artères. — — M. Flourens expose les résultats de nouvelles expériences qu'il a faites avec l'éther sur des animaux. L'ingestion de l'éther dans l'estomac ne détermine pas l'éthérisation; l'injection de l'éther ne la produit pas non plus. Mais cette injection donne lieu à la production d'un phénomène remarquable. Quand on soumet un animal à l'action de l'éther par inhalation, la moelle épinière perd constamment le principe du sentiment avant de perdre celui du mouvement. C'est là un fait constant. Mais quand on injecte de l'éther dans une ar-

tère, c'est précisément l'inverse qui a lieu : la motricité disparaît avant la sensibilité; la sensibilité survit à la motricité.

Action de l'éther comparée à celle des gaz non respirables. — MM. Preisser, Pillore et Melays (de Rouen) adressent une relation d'expériences tendant à prouver que la cessation de l'hématose pulmonaire est la cause de l'insensibilité qui suit les inspirations d'éther en vapeur. Ils ont répété les expériences de M. Amussat et il leur a semblé démontré comme à ce dernier : 1° que, pendant l'inhalation éthérée, le sang dans l'artère devenait noir; 2° que cette transformation précédait l'apparition de l'insensibilité; 3° que dès qu'on cessait l'inhalation éthérée, et que l'animal respirait de l'air atmosphérique, constamment le sang contenu dans l'artère reprenait sa couleur rouge avant le retour de la sensibilité. Ces expériences répétées ensuite avec l'acide carbonique, l'azote, le gaz hydrogène, le protoxyde d'azote, ont toujours fourni les mêmes résultats que l'éther et dans le même ordre de succession.

— M. Hossard (d'Angers) adresse sur le même sujet une note dans laquelle il considère la perte de sensibilité due à la vapeur d'éther comme une véritable asphyxie.

— M. Bonjean adresse deux observations relatives à l'action de l'ergotine dans des hémorrhagies externes chez l'homme. La première offre un cas d'artère radiale coupée en deux, guérie sans ligature; la seconde, un cas de scorbut guéri par le même moyen.

Séance du 5 avril.

Divers travaux sur l'éther sont présentés par MM. Dufay (de Blois), Deschamps (d'Avallon), Dupuy, interne des hôpitaux, Lemaître (de Rabodanges), Revel, professeur de physiologie à Chambéry, et Duval.

M. Lemaitre (de Rabodanges) fait part à l'Académie d'une observation relative à l'effet de l'inhalation de l'éther pour prévenir une attaque d'épilepsie. Chez un jeune homme de vingt-deux ans, sujet depuis quelques années à des attaques d'épilepsie qui reviennent régulièrement tous les quinze jours, une inhalation d'éther, pratiquée la veille du jour où l'accès devait avoir lieu, a paru prévenir les accès. M. Lemaître se propose d'en continuer l'usage et d'en faire connaître le résultat à l'Académie.

Séance du 12 avril.

M. Boussingault communique de vive voix la suite de l'expérience qu'il a entreprise pour déterminer l'influence que le sel, ajouté à la ration, exerce sur le développement du bétail. Il résulte de ses nouvelles expériences que le sel ajouté à la ration administrée à discrétion n'a pas produit un effet appréciable sur le développement de jeunes taureaux.

M. Dailly a fait, de son côté, les mêmes expériences sur des moutons. Les moutons ayant une ration de sel ont consommé un peu plus de fourrage et ont mieux profité que les autres.

— M. Maissiat soumet au jugement de l'Académie un éthéromètre et un régulateur pour les appareils à inhalation.

— M. Debeney adresse pour le concours Montyon trois mémoires imprimés sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose. (Nous avons reproduit ou analysé ces travaux dans les premiers temps de leur publication.)

NOUVELLES MÉDICALES.

On lit ce qui suit dans la Gazette des tribunaux :

Tribunaux étrangers (Angleterre). — Enquête devant le coroner du comté de Lincoln.— Mort d'une femme à la suite de l'inhalation de l'éther et d'une opération chirurgicale. Décision du jury (18 *mars* 1847).

Mistriss Parkinson avait à la cuisse gauche une tumeur dont l'extirpation était devenue indispensable. M. Robbs a fait respirer à cette femme la vapeur d'éther.

Avant le jour fixé, il avait fait deux fois sur elle l'épreuve de ce moyen. Mistriss Parkinson était restée sous l'influence du gaz pendant le temps ordinaire, et n'avait absolument rien senti lorsqu'on la pinçait ou qu'on la piquait jusqu'au sang avec un instrument aigu. M. Robbs, jugeant que le sujet lui paraissait parfaitement disposé, fit l'opération, qui dura vingt-cinq minutes, y compris le temps de l'inhalation, la ligature des vaisseaux et le pansement de la plaie. Cependant mistriss Parkinson ne resta pas complètement insensible, car elle proférait des gémissements et éprouvait une certaine agitation convulsive. Elle ne revint point de sa torpeur après l'opération, et demeura dans un état presque inanimé pendant trois jours, au bout desquels elle mourut.

Le jury d'enquête s'est assemblé, sous la direction du coroner, à l'hospice de Spittle-Gate, près Lincoln. Parmi les nombreux témoignages, nous en citerons deux qui sont seuls importants.

M. Eaton, chirurgien : J'ai procédé avec M. Shipman, en présence de plusieurs de nos confrères, à l'autopsie du corps de la décédée. En l'examinant extérieurement, j'ai trouvé une blessure provenant d'une incision, et qui était le résultat évident de l'opération pratiquée à la cuisse gauche. Je me suis assuré qu'aucun nerf ni aucun gros vaisseau n'avaient été divisés ni endommagés. Il y avait quatre ligatures à autant de petites branches artérielles. Il n'y avait rien dans l'aspect de la plaie ni dans sa situation qui pût expliquer une mort aussi prompte, et tout annonce que l'opération a été pratiquée le plus correctement possible.

Nous avons ensuite examiné la cavité du thorax, et nous n'avons rien remarqué qui ne fût naturel. Les poumons étaient fort sains; on remarquait à la partie postérieure une petite congestion. Je me crois fondé à attribuer cet engorgement à la situation dans laquelle est restée la malade durant son agonie.

Le cœur était d'une bonne conformation ; mais je l'ai trouvé plus flasque, et il présentait un peu moins de sang que dans l'état normal. L'estomac renfermait un fluide gris foncé, ressemblant à de l'eau de gruau ; il était parfaitement sain, avec une faible congestion dans la partie supérieure, et que j'attribue à la même cause que l'engorgement observé dans les poumons. Le foie, d'un volume naturel, était plus pâle et plus mou que de coutume. La rate et les intestins n'ont offert aucune trace de maladie. Nous n'avons pas jugé à propos d'examiner les reins, et nous avons ensuite disséqué la tête.

Le cerveau était dans un état satisfaisant, à l'exception de la partie supérieure des lobes antérieurs dont les membranes étaient gorgées de sang ; mais il n'y avait point d'épanchement dans les ventricules.

Le sang dans toutes les parties du corps était d'une notable fluidité, circonstance que je regarde comme fort importante.

Je n'ai d'ailleurs observé, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du cadavre, aucune particularité qui puisse rendre compte de la mort dans une opération de cette nature. Dans mon opinion, la congestion remarquée au cerveau et l'état liquide du sang ne peuvent être attribués qu'à la respiration de l'éther. La mort ne saurait s'expliquer par l'ébranlement que l'opération aurait produit dans l'ensemble du système animal, car la défunte m'a paru fort saine, quoique d'une complexion délicate. La tumeur, que j'ai vue après son extraction, n'était pas de nature à causer une mort immédiate ; c'était ce qu'on appelle une tumeur ostéo-sarcomateuse, d'une nature maligne, et qui doit causer la mort à la longue lorsque la gangrène s'est déclarée.

L'emploi de l'éther dans de pareilles circonstances a été sanctionné par les plus hautes autorités médicales ; on y a eu plusieurs fois recours dans les hôpitaux. Je m'en suis servi moi-même ponr opérer un malade qui a beaucoup souffert par les effets de l'amputation, mais qui, aujourd'hui, se porte parfaitement bien.

M. Shipman, chirurgien, confirme sur tous les points la déclaration de son confrère, et ajoute : « Je crois que la malade a souffert tout autant que si l'inhalation n'avait pas eu lieu, car elle criait et se débattait à chaque coup de bistouri. »

Le témoin a lu ensuite les procès-verbaux de nombreuses opérations faites par les hommes de l'art les plus éminents dans les hospices publics et ailleurs, où les malades se sont trouvés fort bien de l'emploi de l'éther, et il affirme que M. Robbs, en extirpant la tumeur d'Anne Parkinson, a ponctuellement suivi les prescriptions des maîtres de la science.

Le coroner : N'avez-vous pas vu la malade avant sa mort, et n'a-t-on pas cherché à la réveiller de sa torpeur ?

M. Shipman : J'ai essayé de produire une réaction en lui faisant respirer de l'ammoniaque ou alcali volatil. Ce moyen et autres du même genre n'ont obtenu aucun succès.

Le coroner ayant fait son résumé, le jury, après une courte délibération, a prononcé ainsi son verdict :

« Nous estimons qu'Anne Parkinson est décédée par l'effet de la vapeur qu'on lui avait fait respirer afin de diminuer la douleur (*alleviating pain*) pendant l'extirpation d'une tumeur à la cuisse. Nous estimons aussi que la mort n'a point été le résultat de l'opération elle-même ni d'aucune autre cause. »

Prix de médecine et de chirurgie de l'Institut. — L'Académie des sciences, dans sa séance du 26 avril, a accordé, à titres d'encouragements : à M. Guillon, pour l'invention d'un nouveau brise-pierre, une somme de 2000 fr. ; — à M. Brière de Boismont, pour son mémoire sur le délire aigu observé dans les maisons d'aliénés, une somme de 1500 fr. ; — à M. L. Boyer, pour ses recherches sur le strabisme, une somme de 1500 fr. ; — à M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur la cystite cantharidienne, une somme de 500 fr. ; — à M. Maisonneuve, une indemnité de 500 fr. pour ses expériences relatives à l'inosculation intestinale. — La commission a encore fait une mention spéciale de deux auteurs : l'un, M. Boudin, pour ses recherches relatives à l'antagonisme qui existe, suivant lui, entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes, eu égard aux lieux où se développent ces maladies ; l'autre, M. Castiglioni, pour un mémoire sur quelques maladies des artères, sur l'artérite et la lithiasie en particulier.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Un concours sera ouvert, le 21 juin prochain, devant cette Faculté, pour la place de chef des travaux anatomiques qui s'y trouve vacante. Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer avant le 21 mai, au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Le conseil municipal de Paris vient de décider qu'une des rues nouvelles du clos Saint-Lazare porterait le nom d'Ambroise Paré.

— M. le docteur Villeneuve est nommé médecin-directeur de l'asile des aliénés de Dijon.

Nécrologie.

— Le docteur Wagner, conseiller intime et professeur à l'Université de Berlin, vient de mourir à l'âge de 55 ans.

— Le docteur Ramon, de Capdeville, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Madrid, est mort subitement.

— Le célèbre Mathias Mayor, de Lausanne, vient de mourir.

—

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Explication des planches de l'atlas de janvier 1847.

Physiologie — Génération.

(WAGNER.)

PLANCHE I.

Granules de sperme et spermatozoaires.

(Les figures 1-5 offrent un grossissement de neuf cents à mille diamètres, afin que l'on puisse aisément les comparer entre elles et apprécier les formes des objets qu'elles représentent. Les figures 6 et 7 ne présentent que de faibles grossissements et ont été tout-à-fait dessinées d'après nature.)

Figure 1.

Spermatozoaires tirés du canal déférent d'un homme mort récemment ; on les voit en *a*, couchés sur le plat ; en *b*, *b*, ils sont appuyés sur le côté et se montrent par la surface la plus étroite, ce qui leur donne la forme d'une amande. *c*, *c*. Deux spermatozoaires sur le plat ; sur leur partie moyenne, se voit une tache circulaire que la plupart des observateurs pensent être un organe de succion. *d*. Animalcule spermatique portant à l'extrémité antérieure de son corps une petite nodosité ressemblant assez à une trompe. *e*. Deux granules de sperme.

Figure 2.

Sperme tiré du testicule du même individu. *a*. Gros corps arrondi. *b*. Globule à l'état d'évolution, sorte de poche contenant trois corpuscules granuleux arrondis. *c*. Faisceau d'animalcules spermatiques montrant la manière dont ils sont disposés par groupes dans le testicule.

Figure 3.

Spermatozoaires tirés des canaux déférents de divers mammifères ; on voit en *a* leur surface large et aplatie ; en *b*, leur bord marginal qui est plus étroit. Ils sont rangés dans l'ordre suivant : 1, le spermatozoaire du singe rouge, *cercopithecus ruber* ; 2, celui du *rhinolophe fer à cheval* (on voit en *b*, et encore mieux en *c*, l'aiguillon qu'il porte au bout de son corps) ; 3, celui de la *taupe d'Europe* ; 4, celui du *chien*, variété dite chien-loup (en *a*, se trouve un point rond) ; 5, celui du lapin, *lepus cuniculus* (l'ombre marquée *a* est un peu trop chargée) ; 6, celui de la souris, *mus musculus* (*b*, son dos ; un peu plus haut se voit l'origine de la queue) ; 7, celui du rat, *mus rattus* (*a*, *a*, corpuscule vu par la surface aplatie) ; 8, celui du mulot, souris champêtre, *hypudæus arvalis* (*b* le représente par le dos ; la queue se fixe dans le milieu du corps comme dans une sorte de vase creux) ; 9, celui du chevreuil, *cervus capreolus*.

Figure 4.

Spermatozoaires tirés des canaux déférents de divers oiseaux. *a*. Chez le pinson, *fringilla cœlebs*. *b*. Poche renfermant un groupe d'animalcules spermatiques dans le testicule du pinson. *c*. Spermatozoaire du serin, *fringilla canariæ* ; *d*. celui du chardonneret, *fringilla carduelis*. *e*. Spermatozoaires tirés du testicule d'un hybride né d'un chardonneret mâle et de la femelle du serin ; ces animalcules ne sont pas encore arrivés à l'état adulte. *f*. Le spermatozoaire de la grive, *turdus merula* ; *g*. celui du *lanius ruficeps* ; *h*. celui du pivert, *picus viridis* ; *i*. celui du coq, *gallus domesticus*.

Figure 5.

(Cette figure exprime mieux que les précédentes la forme naturelle des objets ; cependant les contours en sont plus fortement exprimés que sur le vivant.)

Stades d'évolution des animalcules spermatiques du grimpereau, *certhia familiaris*. *l*. Animalcule spermatique adulte, pris à l'orifice du canal déférent. *a*. Granules de sperme tirés pendant l'hiver d'un testicule déjà flétri. *b-k*. Plusieurs granules spermatiques tirés du testicule par un temps d'été très chaud. *b*. *c*. Granules de sperme dont plusieurs ne sont peut-être que des epithelium de cellule. *d*, *e*, *f*. Poches ou vésicules renfermant un ou plusieurs globules ou granulations. *g* représente une vésicule semblable qui contient, outre deux globules, un amas de granules très ténus dans lesquels on voit se former les animalcules spermatiques. *h*. Vésicule de forme ovale ; elle renferme un groupe d'animalcules recourbés sur eux-mêmes et une masse de granules. *i*. Vésicule à une période plus avancée. Le groupe d'animalcules spermatiques est entouré d'une sorte d'enveloppe pyriforme dans le point où ils se terminent en contours spiroïdes ; cette enveloppe est encore recourbée sur elle-même. *k*. Vésicule arrivée à son développement complet et entourée d'une enveloppe.

Figure 6.

Sperme du lapin. A. Sperme provenant du canal déférent. *a* et *b* représentent des corpuscules pâles, déprimés, offrant l'aspect de granules très ténus et qui, suivant l'auteur, ne seraient que des lamelles d'épithelium nageant dans le sperme. *c*. Corpuscules à contours plus bruns, plus opaques dans leur ensemble, que Wagner considère comme des granules de sperme ; ceux que l'on voit en *d*, *d*, ressemblent à des globules de sang adhérant l'un à l'autre par leurs bords. *e*. Animalcule de sperme. B. Sperme provenant du testicule du lapin. *a* et *b*. Corpuscules à contours très noirs ; l'auteur pense que ce sont des gouttelettes de graisse mêlées au sperme. *c*. Amas de corpuscules beaucoup plus ténus et à contours tout aussi fortement ombrés ; ce sont, à n'en pas douter, des molécules de graisse. *d*, *e*. Corpuscules granuleux pâles, de grandeur inégale et qui paraissent être des granules de sperme ou peut-être des débris

d'epithelium. *f.* Corpuscule semblable et encore plus noir. *g* et *h.* Vésicules ou poches d'évolution renfermant des globules très pâles et une masse granuleuse.

Figure 7.

a. Poche très ample ou vésicule d'évolution contenant cinq globules très pâles, dans chacun desquels est renfermé un nucléole très petit et noirâtre. Cette variété de forme est très rare; on l'a observée chez le *lanius ruficeps*. *b.* Granules de sperme dans le canal déférent.

PLANCHE II.

Structure des ovules dans l'ovaire et avant l'évolution de l'embryon.

(Ces figures ont été faites pour la plupart à l'aide de modèles.)

Figure 1.

Ovaire de la poule avec les jaunes presque mûrs. *a.* Globe vitellin mûr dans son calice dont la tache, *stigma*, prend en *b*, *b*, l'aspect d'une strie transparente et privée de vaisseaux. *c*, *c*. Jaunes à un état moins avancé de maturité avec le réseau vasculaire du calice et de la tache. *d.* Calice vide, rompu dans le point où existe la tache; dans les jaunes moins mûrs encore, la cicatricule *e* est transparente.

Figure 2.

Jaune presque mûr, enfermé dans le calice et dans la capsule; l'auteur l'a dessiné après dissection, *b.* Pédicule, *petiolus*, au moyen duquel le calice tient à l'ovaire. *a.* Substance épaisse du calice, lequel s'est formé et est confondu avec la capsule de l'ovule. *c.* Membrane vitelline. *d.* Vésicule prolifère ou germinative devenant plus tard la saillie proligère de BAER ou le nucléole de la cicatricule de PANDER. *e.* Disque proligère. *f.* Cavité centrale du jaune ayant son conduit dirigé supérieurement.

Figure 3.

Ovules primitifs d'oiseaux, à peine visibles à l'œil nu et présentés ici avec grossissement. *a.* Couche germinative de l'ovaire, *stroma*, formée de fibres épaisses. *c.* Chorion, ou capsule de l'ovule, assez épaisse, ce qui lui donne l'aspect d'une zone ou anneau. *b.* Le jaune ou vitellus. *d.* Vésicule germinative. *e.* Tache germinative. Un peu au-dessous et à gauche se voit un œuf de moindre dimension.

Figure 4.

Ovaire de l'*ornithorhinque paradoxe*, d'après Owen (Philosophical Transactions, année 1834, planche XXV). *a*, *a*, *a*. Follicules de Graaf, très gonflés après la conception. *b.* Follicules de Graaf plus petits, avant la conception.

Figure 5.

Une partie de l'ovaire de l'ornithorhinque avec grossissement, d'après Owen (*loco citato*). *a.* Couche germinative de l'ovaire, *stroma*. *b.* Follicule de Graaf rompu; on voit en *c* l'ovule sortir transformé en corps jaune. *d*, *d*, *d*. Follicules de Graaf avant leur rupture, divisés ici à l'aide d'une section.

Figure 6.

Ovaire de la laie avec ses corps jaunes encore frais. *a*, *a* représentent des corps jaunes grands, de couleur rouge violacé, encore frais et observés huit jours environ après la rupture des follicules de Graaf. *b*, *b*. Corps jaunes à un âge plus avancé. *c*, *c*. Follicules de Graaf à l'état de maturité et proéminents.

Figure 7.

A. Une partie du même ovaire. *a*, *a*. Péritoine. *b*. Corps jaune frais et plein d'un sang noir. *c*. Corps jaune formé depuis longtemps. B. Follicule de Graaf chez le chien, d'après Baer. On le voit à l'état de rupture récente, avec grossissement, ce qui fait que le dessin se rapproche davantage du modèle. *a*, *a*. Péritoine. *b*. Substance charnue qui s'est formée sur les parois du follicule. *d*. Ovule séparé du follicule.

Figures 8-10.

Dessins très grossis, représentant des ovules de lapin.

Figure 8.

Section d'un ovule non encore parvenu à l'état de maturité, que l'auteur offre comme point de comparaison avec la figure 3. *a*, *a*. Couche germinative de l'ovaire (*stroma*). *b*, *b*. Follicule de Graaf; au milieu se voit l'ovule *c*, qui offre à son centre la vésicule germinative, dans laquelle se voit la tache germinative, consistant en un amas de granulations.

Figure 9.

Œuf du lapin parvenu à maturité, détaché du follicule de Graaf, entouré de son disque proligère *a*, *a*, et se terminant par des bords irrégulièrement dentelés. *b*, *b*. Taches interposées entre les granules, plus transparentes que ces derniers; ce sont de simples gouttelettes adipeuses. *c*. Le chorion, épais, formant une sorte de zone transparente ou de large anneau blanc autour du globe vitellin; ce dernier, très difficile à apercevoir d'ordinaire, se voit ici en *e*, détaché du chorion et revêtu d'une membrane propre (est-ce la membrane vitelline? est-ce le germe?) ou bien peut-être d'une couche granuleuse extérieure. *f.* Vésicule germinative. *g*. Tache germinative. (Voyez planche VI, fig. 1 et 2. (Nous donnerons cette planche plus tard.)

Figure 10.

Section déale d'un œuf mûr, pratiquée dans l'ovaire; *a*, *a*. Couche germinative de l'ovaire. *b*. Membrane double du follicule de Graaf. *c*. Contenu du follicule, constituant, *d*, *d*. le disque granuleux sur lequel l'œuf *e* repose. *f*. Le vitellus ou jaune. *g*. Vésicule germinative avec la tache germinative.

Figure 11.

Section idéale d'un œuf de poulet, séparé de l'oviducte, dessinée d'après Baer (Entwickelungsgesch. d. Thiere I, planche III), avec fort peu de changements. A. Bout obtus. B. Bout pointu. *a*, *a*. Enveloppe calcaire. *b*. Espace rempli d'air. *c*. Membrane de l'enveloppe calcaire, séparée en deux lamelles. *d*, *d*. *e*, *e*. Limites du second blanc, lequel est à peine liquide. *f*, *f*. Limites du troisième blanc, lequel est encore plus épais et adhère aux chalazes. *g*, *g*. Les chalazes. *h*, *h*. Le jaune. *i*. Cavité centrale du vitellus d'où part un canal *k* qui conduit à la cicatricule. *l*. Tubercule proligère. *m*. Germe, βλαστὸς.

Figure 12.

Globe vitellin d'un œuf de poule, vu par en haut. *a*, *a*. Membrane vitelline. *b*. Le jaune. *c*, *c*. Les halos, *halones*, ou cercles transparents. *d*. Portion extérieure du germe, opaque (ce qui doit devenir plus tard l'aire vasculaire). *e*. Portion centrale du germe, transparente (ce qui doit devenir l'aire transparente). On peut voir dans le jaune les premiers effets de l'incubation qui opère la séparation de chacune des parties du germe, laquelle a également lieu sous l'influence d'une élévation naturelle ou artificielle de la température.

Figure 13.

A. Section idéale du jaune représenté dans la figure 12. *a*. Membrane vitelline. *b*. Le germe. *d*. Tubercule proligère. Ces différentes parties sont plus éloignées l'une de l'autre qu'à l'état naturel. B. Section idéale d'un jaune qui n'est pas encore séparé de l'ovaire. *a*. Membrane vitelline. *b*, *b*. Disque proligère. *c*. Vésicule germinative.

PLANCHE III.

(Eufs de poule au premier stade d'incubation (le premier et le second jours).

(Ces figures ont été dessinées, partie d'après nature, partie d'après modèle.)

Figure 1.

Jaune après 12 à 14 heures d'incubation, de grandeur naturelle qu'il paraît excéder parce qu'il a été dessiné dans un vase à surface plane, ce qui le fait paraître aplati. *a*. Le jaune. *b*. Aire germinative ou pellicule, au milieu de laquelle se voit l'origine de l'embryon, consistant en une sorte de raie (*nota primitiva*). *c*. Aire transparente externe (qui doit devenir plus tard le lieu de formation de vaisseaux (*area vasculosa*). Anneaux concentriques externes représentant les halos ou cercles lumineux qui entourent la lune.

Figure 2.

Le même jaune. *a* est une petite portion de la membrane vitelline qui a été enlevée, ainsi que le blastoderme qui est situé au-dessous. *b*. Nucléole de la cicatricule ou tubercule proligère; c'est une substance plus opaque que le reste, à forme de disque, qui repose sur le jaune.

Figure 3.

Petite portion du blastoderme enlevée de la figure 2, avec grossissement. *a*. Raie primitive. *b*. Aire transparente oblongue. *c*. Aire vasculaire ovale.

Figure 4.

Sections idéales de la figure 1. A. Section horizontale. B. Section perpendiculaire. *a*. Membrane vitelline représentée par des points. *b*. Raie primitive avec le feuillet séreux du blastoderme (lequel répond à l'aire transparente). *c*. Feuillet muqueux (répondant à l'aire vasculaire). *d*. Tubercule proligère ou nucléole de la cicatricule.

Figure 5.

Jaune de grandeur naturelle, à la 18e heure d'incubation. *a*. Jaune. *b*. Aire transparente. *c*. Aire vasculaire.

Figure 6.

a. Aire vasculaire du jaune précédemment décrit, avec grossissement; elle est devenue pyriforme; au lieu de la raie primitive, on voit, *b*, *b*, des plis dorsaux ou lames dorsales. L'enveloppe de la tête *c* commence à se former.

Figure 7.

Sections idéales des figures 5 et 6. A. Section horizontale. B. Section perpendiculaire. *a*. Membrane vitelline. *b*. Feuillet séreux offrant la forme d'une selle à cause des feuillets dorsaux qni proéminent de chaque côté et ont l'aspect de bourrelets. *e*. Corde dorsale. *c*. Feuillet muqueux. *d*. Feuillet vasculaire, marqué par des points entre *b* et *c*.

Figure 8.

Jaune de grandeur naturelle, après 24 heures d'incubation; le blastoderme est arrivé à une période d'évolution plus avancée que dans la figure 5, ainsi que les traces primordiales de l'embryon. Voyez la figure 5 pour les détails.

Figure 9.

a. Aire transparente de la figure 8, avec augmentation des diamètres; de pyriforme qu'elle était, elle a pris la forme d'un biscuit. *b*, *b*. Crêtes des lames dorsales, un peu ondulées à leur partie moyenne et ouvertes en avant et en arrière; on voit placés de chaque côté quatre feuillets carrés; ce sont les lames vertébrales, rudiments des vertèbres. *d*. Cavité antérieure du cerveau. *e*, *e*. Bord rayonnant de l'enveloppe de la tête. *f*. Corde dorsale.

Figure 10.

Sections idéales de la figure 9. A. Section horizontale. B. Section perpendiculaire. A, *f*. Sections des feuillets vertébraux. B. Tête se formant au moyen du blastoderme réfléchi; bord de l'enveloppe de la tête et son trajet dans le futur canal intestinal (fosse cardiaque, *fovea cardiaca* de Wolff). Voir pour les détails des lettres la figure 7.

Figure 11.

a. Jaune de 36 heures, grandeur naturelle. *b*. Aire transparente en forme de biscuit, contenant l'embryon. Dans l'aire vasculaire, *c*, *c*, on voit se former des *insulæ* de sang.

Figure 12.

a. Aire transparente du jaune de la figure 11, avec grossissement. *b*, *b*. Crêtes des lames dorsales, béantes en avant et donnant naissance aux cellules du cerveau. d^1. Cellule destinée aux yeux et aux couches optiques. d^2. Cellule destinée aux tubercules quadrijumeaux. d^3. Cellule de la moelle allongée. *c*, *c*, *c*, *c*. Lames dorsales au nombre de dix de chaque côté. *e*. Pli antérieur du blastoderme, donnant naissance à l'enveloppe transparente de la queue. *g*. Pli antérieur du blastoderme encore très petit et destiné à former l'enveloppe de la tête. *f*. Corde dorsale.

Figure 13.

Sections idéales de la figure 12. Indications les mêmes que dans la figure 10. En A, *g*, on voit le canal de la moelle épinière sur la corde dorsale (*e*) ; il est fermé par le fait de la croissance des crêtes des lames dorsales. En B, d^2, on voit le cœur formé par le feuillet vasculaire *d*, épaissi.

Figure 14.

Extrémité antérieure de l'embryon, à peine plus âgé que dans la figure 12, vue par sa surface abdominale (vitelline), ce qui laisse apercevoir la formation primitive d'un cœur en poche dans lequel viennent s'immerger les troncs des vaisseaux veineux *d*, *e*, *f*. *b*, *b*. Crêtes transparentes des lames dorsales.

Figures 15-18.

Elles montrent la structure celluleuse du blastoderme et du jaune d'après SCHWANN (voyez l'ouvrage de ce dernier, intitulé : Microscopische Untersuchungen über d. Uebereinstimmung in d. Structur u. A. Wachsthum der Thiere u. Pflanzen, Tab. II (1)). Fig. 15. Cellules du feuillet séreux du blastoderme avec ses nucléoles. — Fig. 16. Cellules et globules du feuillet muqueux. — Fig. 17. Globules vitellins. — Fig. 18. Globule du jaune à l'état de fluidité très grande, dans la cavité centrale du vitellus.

PLANCHE IV.

Embryons du poulet vers le second stade d'incubation. — Du 3e au 5e jour.

Figure 1.

Jaune de grandeur naturelle montrant la formation de la première circulation sanguine, qui commence le troisième jour. *a*. Jaune. *b*. Embryon. *c*, *c*. Artères du blastoderme. *d*, *d*. Veines du blastoderme. *e*, *e*. Sinus terminal.

Figure 2.

Embryon du jaune précédent vu par la surface abdominale, avec grossissement. *a*. Gaîne de la tête du blastoderme. *b*. Gaîne de la queue. *c*, *c*. Trajet antérieur de la gaîne de la tête dans les enveloppes latérales. *d*. Voûte à trois piliers. *e*. Portion antérieure du cerveau. *f*. Le cœur. *g*. Troncs veineux s'immergeant dans le futur vestibule du cœur. *h*. L'aorte. 1, 2, 3, 4. Artères branchiales. *i*, *i*. Artères du blastoderme. *k*, *k*. Crêtes saillantes des lames dorsales avec quelques ondulations causées par le séjour de l'embryon dans l'eau où on l'a conservé. *l*, *l*. Lamelles vertébrales.

Figure 3.

Embryon au même stade d'évolution que dans la figure 2, quoique un peu moins âgé, avec des sections idéales peu différentes de celles de la figure 6. A. Section horizontale. *a*. Membrane vitelline. *b*, *b*. Lames dorsales et vertébrales. b^2, b^2. Lames abdominales et apophyses transverses. *c*, *c*. Feuillet muqueux s'infléchissant sous la corde dorsale *e*, et donnant naissance au canal intestinal. *d*, *d*. Feuillet vasculaire. *f*, *f*. Portion périphérique du feuillet séreux, se redressant pour former les enveloppes latérales et l'amnios. *g*. Moelle épinière. B. Section perpendiculaire. *a*. Membrane vitelline. *b*. Feuillet séreux et dos de l'embryon. b^2. Tête de l'embryon. *c*, *c*. Feuillet muqueux. *d*. Feuillet vasculaire. d^2 Cœur. d^3. Artères branchiales. d^4. Aorte. d^5. Artère du blastoderme (artère vitelline).

Figure 4.

Jaune un peu plus du double que la grandeur naturelle, montrant la circulation arrivée à son développement complet dans le blastoderme. *a*. Le jaune. *b*. Veine du sinus terminal. b^2. Immersion supérieure de ce dernier. *c*. Aorte. *d*. Points saillants du cœur. *f*, *f*. Artères du blastoderme. *g*, *g*, *g*. Veines du blastoderme (une inférieure et deux supérieures ; quelquefois aussi il n'y en a également qu'une supérieure). *e*, *e*. Aire transparente offrant la forme d'un biscuit. *h*. L'œil (ce dessin ressemble parfaitement à celui de PANDER, que l'on trouve dans la planche VI, fig. 1, de son ouvrage, d'ailleurs bien connu). On a omis les ramifications fines et les anastomoses avec le sinus terminal.

Figure 5.

Embryon de quatre lignes, d'un grossissement d'à peu près huit diamètres, vers le milieu du troisième jour de l'incubation, ou par sa surface abdominale (vitelline). *a*. Aire transparente. *b*. Cellule antérieure (hémisphère) du cerveau. *c*. Cellule destinée aux couches optiques et aux pédoncules cérébraux. *d*. Corps quadrijumeaux. *e*. Cervelet et moelle allongée. *f*. OEil au-dessous duquel se voit une large fente. *g*. Membrane du tympan, située au devant de la moelle allongée.

(1) Recherches microscopiques sur l'harmonie de structure et de croissance des animaux et des plantes, planche II.

h, h, h, h. Lames vertébrales. *i.* Ventricule du cœur. *k.* Vestibule du cœur. k^1. Veine supérieure du blastoderme. k^2. L'inférieure. *l.* Bulbe de l'aorte d'où partent les quatre artères branchiales ; au-dessus sont placés les arcs branchiaux, 1, 2, 3. *m, m.* Artères du blastoderme partant de la ramification de l'aorte ; de chaque côté et en dedans des deux aortes, se voient les corps vertébraux réunis par une suture arrivée à son développement complet. *n.* Allantoïde. *o, o, o, o.* Bords de la cavité abdominale, se refléchissant en haut sur la gaîne de la tête (*i*) et fournissant en bas la gaîne de la queue (*q, q*). — On a omis le mésentère et les corps de Wolff, etc.

Figure 6.

Sections idéales de l'embryon vers la fin du troisième jour. A. Section horizontale. Les indications sont les mêmes qu'à la fig. 3. A. Enveloppes latérales s'inclinant l'une vers l'autre. *f*, B. Section perpendiculaire ; mêmes indications que dans la fig. 3. B. La gaîne de la tête et celle de la queue se touchent presque et ferment l'amnios. *g.* L'œil. *h.* Passage dans la cavité cardiaque. *i.* Œsophage avec un rudiment du poumon se refléchissant comme une sorte de diverticulum. *k.* Tumeur formée par l'estomac. *l.* Extrémité postérieure de l'intestin fermée, à la suite de laquelle on voit s'étendre l'allantoïde *e*, entourée par un feuillet vasculaire (*d.*). *m.* Lames mésentériques. *n.* Passage allant s'ouvrir du jaune dans l'abdomen. *o.* Portion antérieure de la tête (corps quadrijumeaux). *p.* Hémisphère antérieur du cerveau. *r.* Mâchoire supérieure. *s.* Mâchoire inférieure. I. Ouverture buccale. 1, 2, 3. Fentes branchiales.

Figure 7.

Extrémité antérieure de l'embryon, un peu plus avancé que celui de la fig. 5 et avec augmentation de diamètre. *a, a.* Gaîne de la tête. *b, b.* Lames vertébrales près des crêtes des lames dorsales qui sont fermées. *c.* Moelle épinière se rendant dans la moelle allongée. *d.* Moelle allongée s'unissant aux corps quadrijumeaux *e*, à travers le troisième ventricule. *f.* Portion moyenne du cerveau (couches optiques et pédoncules cérébraux). *g.* Hémisphère cérébral antérieur. *h.* Mâchoire supérieure se rendant aux fentes oculaires. *i.* Membrane du tympan. *k.* Arcs branchiaux. *l.* Vestibule du cœur. *m.* Le cœur penchant en avant. *n.* Bulbe de l'aorte.

Figure 8.

Embryon du poulet de cinq lignes à peine, à la 72e heure d'incubation, au commencement du quatrième jour. On a enlevé une partie de la surface abdominale ainsi que l'amnios. *a.* Corps quadrijumeaux. *b.* Hémisphères. *c.* Fosse nasale. *d.* Quatrième ventricule ; en avant, on voit le cervelet a^2, maintenant plus distinct. *e.* Organe de l'ouïe. *f.* L'œil ; la choroïde, recouverte de son pigment, est encore fendue par en bas. g^1-g^4. Fentes branchiales. *h.* Le cœur. *i.* Le foie. *k.* Canal intestinal ; sa communication avec le jaune, *l*, est ouverte. *m.* L'intestin rectum se terminant dans le sac du cœcum. *n.* l'allantoïde, *o.* Son extrémité antérieure. *p.* La postérieure. *q, q, q, q.* Corps de Wolff. *r.* Mâchoire supérieure. *s.* L'inférieure.

Figure 9.

Embryon du poulet, à la première moitié du quatrième jour. *a.* Corps quadrijumeaux. *b.* Hémisphères. *c.* Partie moyenne du cerveau (couches optiques). *d.* Quatrième ventricule ; en avant se voit le cervelet. *f.* L'œil, dont la fente commence à se fermer ; les fentes branchiales antérieures g^1 et g^2 sont encore béantes ; les postérieures g^3 et g^4 ne sont ouvertes qu'en arrière. *h.* Ventricule du cœur déjà arrondi. *i.* Aorte. *n, o, p.* Comme dans la fig. 8.

Figure 10 A.

Embryon du poulet au cinquième jour, avec un fort grossissement, d'après Huschke (Isis, 1828, p. 163). *a, a.* Les hémisphères. *b.* Corps quadrijumeaux. *c.* Mâchoire supérieure. *d.* Mâchoire inférieure. *e.* Premier arc branchial (os hyoïde). *f.* Méat auditif externe. g^1, g^2, g^3. Fentes branchiales. h^1-h^3. Artères branchiales. *h.* Cœur. *k.* L'œil, avec la fente *l.* *m.* Aorte descendante. D. Cavités buccale et gutturale.

Figure 10 B.

(Même figure de Huschke.) Embryon du poulet au quatrième jour, vu par sa surface antérieure. *a.* Les hémisphères. *b.* Corps quadrijumeaux. *c.* Œil. *d.* Mâchoire supérieure. *e.* L'inférieure. *f.* Intumescence formée par l'os hyoïde. *g.* Ventricule du cœur. *h.* Vestibule. D. Comme dans la fig. 10 A.

Figure 11.

Embryon dessiné à la fin du cinquième jour. *a, a.* Amnios. *b.* Allantoïde. *c.* Corps quadrijumeaux. *d.* Hémisphères. *e.* Œil. *f.* Extrémités antérieures. *g.* Les postérieures.

Les lignes qui sont ajoutées à chaque figure avec une étoile * indiquent la grandeur naturelle des objets.

(La fin au numéro prochain.)

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — JUIN 1847.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Institutions médicales.

Nous donnons à nos lecteurs le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine tel qu'il a été amendé par la commission de la Chambre des pairs, et le rapport qui l'accompagne.

Disons d'abord, sur le travail de la commission, toute notre pensée. Elle a tenu compte des cris du corps médical tout entier; elle a considérablement modifié le projet du ministre; elle l'a examiné avec conscience, zèle et impartialité, et, d'un projet intolérable et ridicule, elle en a fait une œuvre plus raisonnable et plus juste, bien qu'elle laisse encore à désirer.

Signalons premièrement le bien.

La commission des pairs a changé le dispositif du projet ministériel. Elle lui a donné plus d'ensemble; elle substitue à la confusion primitive des matières un ordre plus régulier et plus simple.

Toutes les facultés sont mises, quant à leurs droits, sur le pied d'une égalité complète; les concours pour les chaires de professeurs sont fixés au siége même des facultés ou des écoles qu'ils concernent; on efface par-là cette pernicieuse suprématie que le premier projet attribuait à une faculté, ou plutôt au chef qui la conduit, sur l'enseignement tout entier. Au lieu d'étouffer les foyers de la science dans les départements, la commission veut qu'on y entretienne cette vie des doctrines attachées à chaque école, sans laquelle toute émulation est éteinte au profit d'un système ou d'une théorie.

La commission des pairs veut qu'on fortifie les écoles préparatoires qui ont des éléments suffisants de prospérité, et en même temps qu'on diminue le nombre de ces écoles, en abandonnant à leur mort naturelle celles d'entre elles qui ne sont pas viables.

L'admission au concours pour le professorat repose sur des bases un peu plus libérales, puisque du moins quelques docteurs pourront entrer en lice.

On a fait disparaître cette anomalie inconcevable en vertu de laquelle un professeur d'une faculté des sciences pouvait, sans être docteur en médecine, devenir professeur de médecine.

Les juges des concours seront choisis suivant la nature de la chaire; et des adjoints arbitraires n'inclineront pas la balance au profit d'un candidat du pouvoir contre le gré des facultés.

Les permutations sont plus limitées, et bornées seulement au passage d'une chaire à une autre chaire; sans que l'on ait établi à cet égard entre les différentes facultés des distinctions injustes et injurieuses.

Tout docteur est libre de faire des cours publics de médecine, en se soumettant à quelques formalités.

Le pouvoir ne pourra pas faire des diplômes pris ou des études faites à l'étranger un objet de faveurs arbitraires.

Le scandale des annonces est interdit.

Les médecins cantonaux ne seront établis dans les localités qui manquent de médecins, qu'autant que le conseil général du département en reconnaîtra l'urgence; ils seront nommés par le préfet, mais seulement sur une liste présentée par le conseil médical du département.

La création d'élèves boursiers, que proposait le premier projet, n'est pas même mentionnée dans le nouveau.

Enfin l'interdiction à prononcer contre un médecin est restreinte à certains crimes et délits.

C'est quelque chose que ces améliorations apportées au projet primitif; nous devons en rendre grâce à la commission des pairs, qui a été moins hostile au corps médical que le ministre de l'instruction publique. Nous devons surtout en féliciter les divers membres de la famille médicale qui ont adressé à la Chambre des pairs des protestations aussi nombreuses qu'unanimes.

Mais comme tous nos vœux ne sont pas satisfaits, nous devons signaler les taches et les lacunes que nous y apercevons encore.

Commençons par ce qui concerne l'enseignement.

L'article 1er porte que les élèves pourront passer trois années dans les écoles préparatoires et une seulement dans les facultés. Cette année unique passée près des facultés paraîtra bien courte.

L'article 5 admet aux concours des docteurs étrangers. Il nous semble que si un docteur étranger a été nommé agrégé ou professeur au concours, il devrait, avant que d'être institué

dans ses fonctions, se faire naturaliser Français.

Cet article restreint le nombre des docteurs qui pourront être admis à concourir pour le professorat, à six pour Paris, à quatre pour Montpellier, à trois pour Strasbourg. Le rapport ajoute que c'est là la moyenne des docteurs qui en effet tentent la lutte. Mais alors à quoi bon en limiter le nombre? Pourquoi ne pas laisser franchement l'arène ouverte à tous les docteurs qui désirent s'y présenter.

Article 7. Nous signalerons ici une lacune ou une omission grave.

Cet article porte que les concours pour les chaires de professeur vacantes dans une faculté ou dans une école auront lieu au siége de cette faculté ou de cette école, et que les concours pour les suppléances auront lieu au siége des écoles préparatoires.

Mais les concours d'agrégation où auront-ils lieu? Le projet ne le dit pas. Est-ce à dessein, ou est-ce une simple omission qui a échappé à la commission ?

Dans le projet de loi ministériel, l'intention du pouvoir était évidente. On voulait fixer à Paris un concours général d'agrégation pour toutes les facultés, ce qui ne tendait à rien moins qu'à imposer à toutes les Facultés et écoles des départements les agrégés nommés par fournées à Paris, et partant à tuer ces facultés et ces écoles, puisqu'elles perdaient le droit de se recruter elles-mêmes.

Mais l'intention bien motivée de la commission des pairs est de conserver aux facultés et aux écoles des départements leur vie propre, nécessaire à l'émulation dans l'enseignement et à l'intérêt de la santé publique. Dès lors elle ne peut pas ne pas vouloir que le concours pour l'agrégation, qui est le principal moyen de recruter des professeurs, se fasse ailleurs qu'au siége de chaque faculté respective. Mais il importe de le dire d'une manière expresse; sinon le premier plan du pouvoir est maintenu, l'enseignement médical devient un monopole de l'école centrale, tandis que les facultés et les écoles des départements meurent du coup.

Art. 9. Il est à désirer que les concours pour les places d'agrégés soient distingués en sections, selon les branches principales de l'enseignement médical, et que les juges en soient désignés suivant la nature de l'enseignement qu'ils professent, ainsi que le projet l'indique pour les concours aux chaires.

Art. 28. Cet article, malgré l'adoucissement qu'on y a mis, doit exciter nos protestations les plus vives.

L'interdiction qu'on veut prononcer contre un médecin pour des crimes ou des délits en dehors de l'exercice de sa profession nous paraît un déni de toute équité, de toute justice.

Pour un délit politique, on pourra interdire à un médecin l'exercice de son art. Mais est-ce que cet arrêt peut aussi lui ravir son talent médical? Qu'un Dupuytren, qu'un Larrey soit amené devant un tribunal politique, comme on y traîna Lavoisier : ce tribunal pourra lui interdire l'exercice de la chirurgie! Nous voici revenus au temps des Ramus et des Goujon, où l'on frappait le politique dans le savant et le savant dans le politique. Mais si un médecin est coupable d'un délit politique, on a bien assez de lois répressives dans le code ordinaire, sans qu'il soit besoin d'en créer d'inouïes. Autrefois on faisait quelquefois grâce au coupable en faveur de son art; aujourd'hui c'est son art qu'on veut ôter au coupable. A notre époque de tempêtes, on veut écrire dans la loi un moyen nouveau de proscription. Mais l'art médical n'est point une fonction politique; il n'est ni une écharpe, ni une épaulette. On ne peut pas nous ôter nos grades; nous ne les tenons pas de la faveur des cours ou des partis. Notre art, c'est notre droit bien durement acquis; c'est quelquefois notre unique propriété, qu'aucun pouvoir au monde ne peut nous confisquer, non plus qu'à l'artisan son savoir-faire. Un avocat qui ne plaide pas peut encore, en raison de ses études, trouver bien des carrières ouvertes; un médecin ne peut appliquer les siennes qu'à l'exercice de son art. Nous devons donc protester de toutes nos forces contre cette prétention des pouvoirs politiques à frapper notre profession.

Nous allons plus loin; nous regardons l'article 28 comme injuste pour le corps médical; nous pensons qu'il n'y a pas lieu à interdire au médecin sa profession même après qu'il a été condamné à une peine afflictive ou infamante.

Et, en cela, nous ne croyons pas relâcher les principes de la morale; nous prétendons au contraire défendre les principes les plus sacrés du droit naturel.

Un galérien, quand il a satisfait à sa peine, peut reprendre dans la société son métier, s'il en a un; est-ce qu'un médecin doit être moins bien traité ?

N'est-il point assez puni par la tache qui, aux yeux du public, survit à sa peine? et s'il peut, après l'expiation de son délit ou de son crime, trouver dans les tristes débris de son état un moyen légitime de subsister, peut-on le lui refuser? En un mot, doit-on poursuivre le condamné, après la peine accomplie, jusque dans ses moyens d'existence? Nous ne le pensons pas.

Nous croyons donc qu'on doit non-seulement restreindre, mais supprimer entièrement cet article, et s'en tenir au Code pénal en vigueur aujourd'hui. Que le médecin, s'il pèche contre les lois et la morale, soit puni de son méfait comme tout autre citoyen, selon le droit commun, rien de plus juste; mais on doit en rester là. Rien de ce qui se passe aujourd'hui dans le corps médical ne justifie ni les nouvelles rigueurs qu'on lui prépare, ni ces suspicions outrageantes. Le ministre et la commission des pairs en conviennent eux-mêmes.

Art. 44. Cet article, qui met le médecin à la merci de la première réquisition des magistrats, nous paraît mauvais en soi et au fond impraticable. Le médecin ne nous paraît devoir être requis par la justice qu'à titre d'expert. Et quel fond d'ailleurs pourrait-on

faire sur les dispositions d'un homme de l'art qu'on forcerait d'être médecin malgré lui?

Art. 45. L'institution des médecins cantonaux, telle qu'elle est conçue dans le projet amendé par la commission des pairs, ne nous paraît pas devoir faire l'objet d'un article de la loi. Il a été, il est et il sera toujours loisible aux conseils généraux de voter des fonds pour payer des médecins chargés de visiter les indigents dans les communes; et nous craignons qu'en mentionnant dans la loi ces médecins nommés par les préfets, on n'en prenne texte pour généraliser l'établissement de ces médecins fonctionnaires; ce qui dégraderait notre profession et la mettrait à la dévotion du pouvoir.

Art. 47. Les membres des conseils médicaux seront nommés par le ministre. Mais pourquoi ne seraient-ils pas choisis par le corps médical lui-même, comme le sont les membres des conseils généraux, et ceux du conseil de discipline des avocats ?

Enfin, nous terminons en protestant encore contre l'article 55, qui attribue au conseil royal de l'instruction publique, c'est-à-dire aux deux ou trois conseillers chargés de la direction des affaires médicales, le soin de règlementer tout ce qui est relatif à l'enseignement médical, aux concours, et aux conditions d'études, tant dans les facultés que dans les écoles préparatoires et dans les écoles supérieures de pharmacie. Nous avons signalé l'incompétence de ce conseil en matière de médecine, et donné les tristes preuves de ce qu'il sait faire; nous avons exprimé le désir que les vœux des facultés et des écoles, ainsi que ceux des conseils médicaux des départements, fussent représentés auprès du pouvoir, ou qu'ils eussent du moins des échos plus fidèles ou plus directs.

Rapport fait par M. le comte Beugnot sur le projet de loi relatif à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Messieurs, le projet de loi dont nous allons examiner attentivement les principales dispositions, afin de vous en faire connaître l'esprit, sans négliger aucun détail digne de fixer votre attention, propose d'opérer dans le mode d'existence de la profession médicale et dans l'enseignement de la médecine et de la pharmacie plusieurs changements dont l'importance ne saurait être méconnue. Ces changements sont-ils nécessaires? Ne pourrait-on pas, en comblant les lacunes d'une législation ancienne et créée pour des temps différents des nôtres, et en corrigeant quelques abus dont l'évidence frappe tous les esprits, s'épargner les difficultés et le trouble qui doivent nécessairement accompagner la réorganisation complète d'un corps aussi nombreux et aussi influent que le corps médical? Telle est, vous le comprendrez sans peine, la première question que votre commission a cru devoir discuter et résoudre.

Il ne faut pas pénétrer bien avant dans l'examen de la constitution actuelle du corps médical en France, pour reconnaître qu'elle ne satisfait ni aux intérêts généraux de la société ni aux intérêts particuliers de ceux qui le composent. L'intérêt public voudrait qu'il se trouvât partout où ils sont nécessaires des praticiens habiles, dont l'humanité souffrante pût, à chaque moment, invoquer avec confiance le secours; or, les hommes de l'art sont répartis au milieu de nous avec la plus choquante inégalité : trop nombreux dans les villes, où ils se font les uns aux autres une concurrence déplorable, ils abandonnent en grande partie les campagnes aux erreurs de l'ignorance ou aux manœuvres de l'empirisme. Au sein de cet ordre de médecins, règne par le fait une égalité absolue de droits, et cependant les uns ont conquis la faculté d'exercer leur art au prix de lourds sacrifices, de longues études, d'épreuves redoutables, tandis que les autres ne sont assujétis qu'à des études incomplètes et qu'à un examen sans valeur. Cette injuste égalité, que la loi n'a pas voulue, suscite entre les deux classes une rivalité qui a banni du sein du corps médical cette harmonie dont il sent la nécessité et qu'il invoque vainement. Si instruit, si laborieux qu'il soit, un médecin ne peut jamais compter sur un avenir favorable, car la loi n'accorde à ses droits qu'une garantie inefficace dont le charlatan se joue sans crainte et sans pudeur. Notre législation, habituellement bienveillante pour les professions libérales, semble indifférente, il faut le dire, pour celle-ci, dont l'influence sur le bien-être de la société est cependant si profonde. Tels sont les principaux abus qui entravent le paisible et honorable exercice de l'art médical. Quand on réfléchit aux effets naturels d'un semblable régime, on s'étonne que le corps médical ne soit pas déchu de sa vieille renommée, et qu'il ait continué de produire, au milieu de circonstances aussi contraires, de grands talents et de beaux exemples de vertu et de dévouement; c'est que les hommes valaient mieux que l'institution. Nous devons nous en applaudir, mais en même temps reconnaître que le législateur ne pourrait, sans manquer à ses premiers devoirs, tolérer plus longtemps cette contradiction entre les mœurs et les lois, dont les conséquences ont été signalées à sa sollicitude, non-seulement par les plaintes individuelles ou par des faits significatifs, mais par des observations d'une assemblée au sein de laquelle siégeaient un nombre considérable de praticiens appartenant à toutes les parties de la France.

L'enseignement médical ne se trouve pas, nous sommes heureux de le déclarer, dans une situation semblable. D'importantes améliorations y ont été successivement introduites, et l'ont dirigé d'un pas ferme vers l'application, tout en l'instruisant à honorer les grandes idées spéculatives, sans lesquelles la pratique dégénérerait bientôt en une routine aveugle. Il est impossible de ne pas éprouver le sentiment

d'une vive satisfaction et d'un légitime orgueil quand on considère l'amour si sincère de la science qui anime les professeurs et les étudiants de la Faculté de Paris, et se répand de ce centre, comme d'un foyer puissant, sur les autres facultés et sur les principales écoles préparatoires du royaume. Sans doute le domaine de la science est infini, et l'on ne doit pas s'étonner que, même en présence de progrès incontestables et que l'Europe admire, il se trouve des esprits prompts à accuser les méthodes d'imperfection, la science de lenteur, et pour lesquels de grands succès obtenus ont peu de prix, parce qu'il en reste de plus grands encore à obtenir. Mais nous ne voulons voir dans ces reproches immérités et dans ces désirs trop ambitieux qu'un témoignage nouveau de l'ardeur qui entraîne les hommes voués parmi nous à la conservation et au progrès des connaissances médicales, et fait dépasser le but à quelques-uns d'entre eux. On pourrait donc se contenter d'alimenter et de diriger cette activité, sans songer à modifier les lois et les institutions qui l'ont produite et qui l'entretiennent; mais, en corrigeant le mode d'existence de la profession medicale, on est nécessairement amené à retoucher quelques parties de l'enseignement tel qu'il existe aujourd'hui. Ici ce sont des améliorations prudentes, et non de véritables réformes, qu'exigent la science et le bien public.

Une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine nous paraît donc nécessaire, car il ne nous est pas permis de laisser plus longtemps une profession honorable, qui rend chaque jour à la société et à la science d'éminents services, lutter avec ses seules forces, et en dépit du malaise qui l'affaiblit, contre les défauts d'une organisation qui n'a jamais été considérée que comme un état provisoire. Le projet de loi qui vous est présenté pourvoit-il dans une juste mesure à tout ce que réclament d'abord l'intérêt commun, puis ensuite les intérêts particuliers du corps médical? Les modifications qu'il propose d'apporter à l'enseignement des facultés et des écoles préparatoires auront-elles pour effet de fortifier les études, d'assurer les progrès de la science et de la pratique, sans restreindre en deçà des besoins réels du pays le nombre des médecins? La solution de ces questions a été l'objet des longs et persévérants travaux de votre commission, qui, animée du désir d'améliorer ce qui existe, sans blesser aucun intérêt légitime, aucun droit acquis, et de ne rien sacrifier à l'espérance d'une perfection absolue ou à l'esprit de système, s'est entourée de toutes les lumières qui pouvaient l'aider à distinguer les vœux désintéressés et réalisables de ceux qui étaient dictés par l'intérêt personnel ou par l'amour irréfléchi des nouveautés. Un grand nombre de pétitions, de mémoires, de documents de tout genre sur l'enseignement de la médecine, de la pharmacie et des professions spéciales, et sur l'exercice de la médecine, lui ont été adressés; elle les a lus avec attention et en a extrait quelques idées profitables. Elle a eu de longues conférences avec les personnes qui pouvaient le mieux lui faire connaître les vœux du corps médical et la situation vraie de l'enseignement dans la première de nos facultés; en un mot, elle n'a rien négligé de ce qu'il lui était nécessaire de savoir pour fournir à la Chambre les moyens de prononcer, avec une connaissance exacte des faits et des opinions, sur des intérêts nombreux, variés, et trop souvent opposés les uns aux autres.

Avant d'entrer dans l'analyse des différentes dispositions du projet de loi, il convient de faire connaître d'une manière sommaire l'état de la législation sur l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Etat actuel de la législation.

Lorsque la révolution détruisit, par le décret du 18 août 1792, les anciennes institutions médicales de la France, ces institutions languissaient dans un état à peu près complet de décadence. Sur dix-huit facultés, neuf seulement conservaient à cette époque plus ou moins d'activité; toutes les autres n'avaient plus qu'un vain nom. Depuis longtemps les hommes éclairés dénonçaient au gouvernement et à l'opinion publique les défauts et l'insuffisance de l'enseignement, ainsi que les irrégularités et les abus dans les réceptions, qui, partout ailleurs qu'à Paris et à Montpellier, étaient devenues si faciles pour les récipiendaires, qu'on voyait le titre de docteur conféré souvent à des absents. Par une conséquence nécessaire, le corps médical, dépourvu d'un savoir réel, divisé par les passions et les jalousies, affaibli par l'absence de toute règle et de tout droit, avait considérablement perdu dans l'estime publique. On ne peut donc pas, sur ce point, reprocher à la révolution d'avoir trop facilement cédé au besoin de détruire.

L'état de liberté absolue, ou plutôt d'abandon, où la loi de 1792 laissa l'enseignement et l'exercice de la médecine, dura peu de temps, et, dès le 13 frimaire an III (3 décembre 1794), un décret de la Convention établissait une école de santé à Paris, à Montpellier et à Strasbourg. Ces écoles étaient destinées à former, non pas des médecins pour le public, mais des officiers de santé pour le service des hôpitaux, et plus particulièrement des hôpitaux militaires et de la marine. Par la force des choses, ces écoles, très imparfaitement organisées, mais dans lesquelles cependant l'enseignement paraît avoir été dès l'origine plus régulier et meilleur que les circonstances ne permettaient de l'espérer, de spéciales qu'elles devaient être, devinrent publiques, et lorsqu'en 1802, les bases du vaste système d'instruction publique qui existe aujourd'hui furent posées par la loi du du 11 floréal an X, cette loi se contenta de déclarer qu'il pourrait être fondé trois nouvelles écoles de médecine. Du reste, cette loi n'imposait, pas plus que la précédente, de

conditions d'études à l'exercice de la profession médicale, et, depuis le 18 août 1792 jusqu'au 1er vendémiaire an XII, c'est-à-dire pendant onze ans, cette profession resta livrée à la plus complète indépendance, et n'eut plus avec l'État d'autre rapport que l'obligation imposée aux praticiens, à partir de 1798, de prendre une patente, qui n'était refusée à personne. La loi du 29 ventôse an XI mit un terme à ce régime, que l'on peut à bon droit qualifier de désordre, et dont Fourcroy, dans l'exposé des motifs de cette loi, a tracé un si triste tableau, et rétablit ce qu'il y avait de bon et d'applicable au régime nouveau dans l'édit de 1707. Ainsi cette loi reconnaît deux ordres de médecins : les docteurs en médecine ou en chirurgie, et les officiers de santé. Nul ne peut être reçu docteur et autorisé à exercer, s'il n'a suivi pendant quatre années les cours de l'une des écoles, et subi cinq examens et une thèse. Les jeunes gens qui se destinent à devenir officiers de santé ne sont pas obligés d'étudier dans les écoles de médecine ; ils peuvent être reçus officiers de santé après avoir été attachés, pendant six ans, comme élèves, à des docteurs, ou après avoir suivi, pendant cinq années consécutives, la pratique des hôpitaux civils ou militaires. Une étude de trois années consécutives dans les écoles de médecine leur tient lieu de la résidence de six années chez les docteurs ou de cinq années dans les hospices. Les officiers de santé seront reçus, non par les écoles de médecine, mais par des jurys spéciaux composés de deux docteurs et d'un professeur nommés par le gouvernement pour cinq ans. Cette loi régit encore en ce moment l'exercice de l'art médical.

Quels furent les motifs du législateur en créant ce second ordre de médecins dont il ne restreignait les droits que d'une manière illusoire, en décidant qu'ils ne pourraient exercer leur profession que dans le département où ils auraient été examinés, et pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance d'un docteur, dans les lieux où il y en aurait d'établi ? Se proposait-il réellement de fonder, à l'usage des habitants de la campagne, une classe de demi-médecins, moins instruits, mais moins exigeants que les docteurs, ou bien se bornait-il à constituer légalement et pour un temps le corps nombreux des officiers de santé, produit assez équivoque du régime de la liberté absolue, en exigeant de ceux qui y entreraient à l'avenir la preuve de quelques études et d'un petit nombre de connaissances médicales? Fourcroy, dans son exposé des motifs, ne laisse planer aucun doute sur l'intention du gouvernement.

« Il fallait pourvoir, dit-il, à une autre nécessité plus pressante peut-être encore que celle de former et de recevoir des docteurs en médecine et en chirurgie. Les soins dus aux habitants des campagnes, le traitement des maladies légères, celui d'une foule de maux qui, pour céder à des moyens simples, n'en demandent pas moins quelques lumières supérieures à celles du commun des hommes, exigeant qu'on substituât aux chirurgiens anciennement reçus dans les communautés des hommes assez éclairés pour ne pas compromettre sans cesse la santé de leurs concitoyens, on propose, à cet effet, d'établir dans chaque département un jury chargé de recevoir les jeunes gens que les moyens de leurs parents ne permettraient pas d'entretenir dans des études très dispendieuses, mais qui, par six ans de travaux très assidus auprès des docteurs, ou cinq années de résidence dans les hôpitaux civils ou militaires, auront acquis assez de connaissances pratiques et auront été à portée de faire assez d'applications utiles, pour être devenus capables de soigner les malades et d'éviter les erreurs funestes que l'ignorance et l'impéritie ne commettent que trop souvent. Ils porteront le nom d'*officiers de santé.* »

On voit, par ces paroles, que l'intention du législateur de l'an XI ne fut pas, comme on l'a souvent dit, de régulariser la situation de ces chirurgiens qui, après avoir servi plus ou moins de temps dans les armées, sous le nom d'*officiers de santé*, revenaient ensuite au sein des villes ou des campagnes y exercer leur profession ; mais qu'il eut réellement la volonté de créer un ordre spécial de praticiens, chargé de supplanter dans les campagnes ces innombrables charlatans qui, à la faveur des désordres de l'époque intermédiaire, y avaient conquis une autorité qu'il n'osait pas attaquer résolument, puisque la loi de l'an XI ne prononce contre l'exercice illégal de la médecine qu'une simple amende dont le maximum ne dépasse pas 1,000 fr.

La même loi établit une école de pharmacie dans chacune des trois villes où existaient déjà des écoles de médecine.

Telles sont les principales dispositions de la loi de ventôse an XI, loi digne d'approbation, et qui, appliquée avec fermeté, rétablit bientôt la règle là où régnait l'anarchie, et à laquelle il serait injuste de reprocher certaines concessions faites aux abus enfantés par la révolution, car personne n'ignore que le premier mérite de la législation consulaire est d'avoir ramené, par d'habiles transitions, les esprits égarés dans les voies de la raison et de l'ordre.

L'enseignement médical ne fut, en quelque sorte, jamais interrompu. Les trois anciennes écoles en rallumèrent, comme nous l'avons dit, le flambeau presque aussitôt qu'il avait été éteint, et les études reprirent leur cours, rajeunies et fortifiées par la destruction des nombreux abus qui les corrompaient sous l'ancien régime.

Le décret du 17 mars 1808, qui constitua l'Université, transforma les écoles en facultés de médecine, et les plaça sous le régime universitaire. A partir de ce moment, l'enseignement médical participa, dans une large mesure, à tous les encouragements que l'État n'a cessé de donner, dans les quarante dernières années, aux diverses branches de l'enseignement public. Ainsi, en 1820, le gouverne-

ment comprit qu'il importait autant aux intérêts de la science qu'à ceux des familles de ne pas laisser l'enseignement médical concentré dans les trois facultés, et éleva les établissements particuliers d'instruction médicale, qui s'étaient conservés dans les provinces par l'effet de la nécessité et à la faveur de l'article 29 de l'arrêté du gouvernement du 20 prairial an XI, au rang d'écoles secondaires, destinées à former des officiers de santé, mais qui reçurent, en 1840, avec la désignation nouvelle d'écoles préparatoires, une organisation qui les rattachait aux facultés et agrandissait la sphère de leur enseignement. La création du corps des agrégés près des facultés, la sanction du principe de l'inamovibilité des professeurs et des agrégés, le rétablissement, après 1830, du concours pour la nomination aux chaires dans les facultés et dans les écoles, l'augmentation successive du nombre de ces chaires, qui a été porté à vingt-six dans la Faculté de Paris, à dix-sept dans la Faculté de Montpellier, et à quatorze dans celle de Strasbourg; la constante générosité du gouvernement et des chambres pour fournir aux facultés les moyens matériels d'imprimer aux études une direction de plus en plus pratique et applicable; en 1840, la réorganisation des écoles de pharmacie, et les développements donnés à leur enseignement: tels sont les faits qui attestent à la fois la sollicitude de l'Etat pour les progrès de l'instruction médicale, le dévouement de ceux qui donnent cette instruction, l'ardeur et l'application de ceux qui la reçoivent.

Avant d'analyser en particulier chacune des dispositions du projet de loi présenté par le gouvernement, nous devons rendre compte de certains changements de forme que nous avons cru utile de faire subir à ce projet.

La commission pense que l'ordre naturel et logique des idées serait mieux suivi, et la pensée du projet de loi mieux saisie, si les matières étaient disposées ainsi qu'il suit :

1° Enseignement de la médecine;
2° Conditions d'études de la médecine;
3° Enseignement de la pharmacie;
4° Conditions d'études de la pharmacie;
5° Exercice de la médecine;
6° Médecins cantonaux;
7° Conseils médicaux;
8° Pénalités;
9° Dispositions générales.

On rencontre dans un grand nombre d'articles du projet de loi des dispositions purement règlementaires, extraites d'arrêtés pris par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'Université, ou qui pourraient devenir l'objet d'arrêtés de ce genre. Ces dispositions ne sauraient être conservées dans la loi sans lui faire perdre son véritable caractère; nous les en avons donc retirées, en maintenant par une déclaration expresse le droit du ministre de régler, dans les formes usitées, tout ce qui concernera l'exécution de la loi.

TITRE PREMIER.

De l'enseignement de la médecine.

L'enseignement médical est donné en France par trois facultés de médecine et par vingt et une écoles préparatoires. L'enseignement des facultés comprend toutes les parties des études médicales. L'enseignement des écoles préparatoires ne doit plus comprendre, selon le projet de loi, que les deux premières années d'études; mais, à l'égard de ces deux années, il sera aussi complet que celui des facultés, qui seules ont le droit de délivrer le diplôme de docteur, nécessaire désormais pour pouvoir exercer la médecine ou l'une de ses branches.

Dès le début de son travail, la commission s'est trouvée en face d'une question digne de sérieuse considération, et sur laquelle son avis diffère de celui du gouvernement : nous voulons parler de la nature et de l'étendue de l'enseignement que devront donner les écoles préparatoires de médecine.

Par l'effet de causes trop visibles pour qu'il soit nécessaire de les énumérer, l'enseignement médical tend de plus en plus à se centraliser dans la célèbre Faculté de Paris, qui compte presque, à elle seule, autant d'élèves que les deux autres facultés et les vingt et une écoles préparatoires.

L'état de celles-ci n'est rien moins que florissant, quoiqu'on ait fait récemment des efforts méritoires pour y raviver les études.

Les écoles d'Angers, de Clermont, de Dijon, de Grenoble, de Limoges, de Nancy, d'Orléans, de Poitiers et de Reims ne comptent pas chacune 30 élèves; et la ville de Lyon, malgré ses 140,000 habitants et ses vastes hôpitaux, ne fournit à son école préparatoire, la moins pauvre de toutes, que 81 étudiants. Le vice de l'état actuel de ces écoles tient à ce que les jeunes gens ne sont pas obligés d'y étudier, et à ce que ceux mêmes qui y étudient ne sont pas examinés par elles. Cependant les écoles préparatoires ont aujourd'hui un objet précis, qui est de former des officiers de santé; le cours d'études qu'elles donnent est de trois ans, et les huit inscriptions prises pendant deux années dans leur sein comptent pour toute leur valeur dans les facultés de médecine. Si, néanmoins, ces écoles languissent et se dépeuplent, que sera-ce quand la classe des officiers de santé aura cessé d'exister, ainsi que le projet de loi, comme l'art. 1er, peut déjà le faire pressentir, l'ordonne? Évidemment ces écoles, réduites à offrir l'enseignement au petit nombre de jeunes gens qui auront su résister à l'attrait qu'inspire Paris et sa faculté, lutteront vainement contre leur ruine, et, dans quelques années, celles de Lyon, de Rennes et de Toulouse rappelleront peut-être seules l'intention sage qui avait présidé, en 1820, à l'établissement sur de larges bases, d'un enseignement secondaire dans l'ordre médical.

Supposer que ces écoles n'offrent, sous le rapport scientifique, aucun intérêt; qu'elles ne

sont qu'un moyen commode offert aux étudiants d'accomplir les deux premières années d'études sans quitter leur province, sous les yeux de leurs parents, loin du tumulte de la capitale, ce serait se tromper. Les écoles préparatoires entretiennent et répandent dans les départements le goût des études médicales, y déterminent les vocations qui viennent ensuite briller sur un plus grand théâtre, font pénétrer l'observation scientifique dans les hôpitaux de la province, et, si elles succombent, la science perdra certainement un ressort qui lui est nécessaire.

En élevant à trois années le temps que les étudiants pourront passer dans les écoles préparatoires, on donnerait à ces établissements quelques chances de vie, car alors l'enseignement y devenant, pour ces trois années, aussi complet que dans les facultés, ce qui n'existe pas aujourd'hui, mais ce que le personnel des professeurs, trop nombreux dans plusieurs écoles, permet de réaliser sans aucune difficulté, on conçoit qu'une assez grande quantité d'élèves pourraient trouver de l'avantage à ne fréquenter les facultés qu'à la fin de leurs études et quand le moment de les perfectionner au foyer même de la science serait arrivé. Nous proposons donc de décider que l'enseignement, dans les écoles placées au siége d'une faculté des sciences, comprendra les trois premières années d'études, et les deux premières dans les autres. A l'égard de ces trois ou de ces deux années, il sera aussi complet que celui des facultés. Il n'est pas possible d'accorder la faveur de trois années aux écoles qui ne possèdent pas près d'elles une faculté des sciences, puisque les élèves qui y auraient étudié ne pourraient se faire recevoir bacheliers ès sciences qu'après leur inscription dans la faculté, c'est-à-dire quand ils seraient arrivés au terme de leurs études; or, ce n'est pas à la fin, mais au début de ces études que les connaissances attestées par le diplôme de bachelier ès sciences sont nécessaires.

Au surplus, nous ne croyons pas qu'il y ait profit, ni pour la science ni pour les villes, à conserver les écoles qui n'ont ou qui n'auraient dans l'avenir que de vingt à trente élèves. De pareilles écoles n'existent véritablement que de nom, et puisque l'article 2 du projet de loi porte que les écoles préparatoires seront mises successivement à la charge de l'Etat, le matériel et les collections restant à la charge des communes, l'Etat ne doit d'abord accorder aucune subvention qu'aux écoles pourvues de conditions sérieuses d'existence, et abandonner à leur sort les autres, si les communes, malgré leur inutilité, persévèrent à les soutenir.

Les articles 3 et 4 rappellent la composition actuelle et connue des facultés et des écoles. Nous n'avons sur ce point qu'une seule observation à présenter. Le gouvernement propose de porter à dix ans la durée des fonctions des agrégés; la commission croit, au contraire, qu'il convient de la ramener à six ans, limite posée par l'ordonnance du 2 février 1823, qui institua les agrégés. L'ordonnance du 10 avril 1840 éleva, il est vrai, la durée de leur exercice à neuf ans; mais le service des facultés n'en a recueilli aucun avantage. L'agrégé qui après six années de travaux n'est point arrivé au professorat cherche naturellement à se créer une clientèle, et néglige des fonctions pesantes, et à peu près gratuites, pour lesquelles il ne se sent plus de goût.

La liberté donnée aux agrégés de s'établir, pendant le cours des six années de leur service, près des écoles préparatoires, en y restant soumis aux règlements et aux usages en vigueur dans ces écoles, doit être approuvée comme tout ce qui aura pour objet de resserrer les liens entre les écoles préparatoires et les facultés. Il en est de même de la limitation du nombre des agrégés à celui des professeurs. Si l'on pouvait craindre que, dans la Faculté de Paris, où les concours pour le professorat et pour l'agrégation, les examens, les thèses absorbent une si forte partie du temps des professeurs, vingt-six agrégés ne fussent insuffisants, nous ferions remarquer que nous proposons, par l'art. 9, d'admettre les agrégés libres dont, à Paris, le nombre est en ce moment de cinquante, dans les jurys de concours pour le professorat et pour l'agrégation, de manière à alléger les devoirs des professeurs et des agrégés en exercice.

L'institution des agrégés, qui dans le principe devait servir de pépinière pour le professorat, n'en produit pas moins les plus heureux effets, quoiqu'elle ait perdu cette perspective par l'établissement du concours. Elle place dans les écoles de médecine, à côté du principe traditionnel représenté par les professeurs inamovibles, un élément mobile et jeune qui ne permet pas à l'enseignement de rester stationnaire. Nous espérons que le projet de loi contribuera à l'affermissement de cette utile institution, que nous ne saurions trop recommander à la faveur du gouvernement.

La nomination des professeurs et agrégés des facultés et des professeurs et suppléants des écoles préparatoires est l'objet des articles 5 et 10 du projet de loi. Nous pourrions nous dispenser de dire que cette partie du projet est une de celles qui ont le plus longtemps fixé l'attention de la commission, car il est facile d'en comprendre l'importance. Toutefois nous croyons que cette importance existe bien plus en théorie qu'en réalité, et que, si l'on voulait comparer avec impartialité les nominations faites dans ces derniers temps par la voie du concours, et celles qui ont été, à une époque antérieure, le produit du choix, on trouverait des deux côtés un nombre égal d'hommes d'un mérite éminent et incontesté. Quoi qu'il en soit, cette question, si souvent agitée et qui passionne beaucoup trop les esprits, étant de nouveau reproduite par le projet de loi, il faut la résoudre.

Trois modes de nomination ont été successivement adoptés en France, et chacun d'eux,

après avoir passé dans un temps pour le meilleur, a perdu ensuite tout crédit; ce sont : le choix direct par le ministre, la désignation par les facultés, et enfin le concours. Aujourd'hui ce dernier mode est en pleine possession de la faveur publique, qu'il a conquise par des mérites qui lui sont propres, mais aussi par l'influence d'idées étrangères à la science et à l'enseignement. Le choix par le ministre est au contraire représenté comme un moyen de réussir offert à la médiocrité remuante; et cependant quelle plus sérieuse garantie peut-on trouver, avec nos institutions et nos mœurs nouvelles, que la responsabilité d'un ministre dont tous les actes sont soumis au contrôle rigoureux de la tribune et de la presse, et qui ne pourrait appeler au professorat un homme indigne d'un tel honneur sans soulever contre son protégé et contre lui-même une tempête de plaintes et de reproches? La désignation par les facultés n'est pas mieux accueillie, car on affirme qu'elle serait dictée par l'esprit étroit et exclusif qui domine au sein des corporations, comme si l'expérience ne montrait pas que l'instinct de leur propre considération détourne les corps savants de faire des choix que la véritable opinion publique refuserait de ratifier. Assurément le concours séduit pas de beaux côtés; il est le produit de ces doctrines d'égalité et de justice qui règnent si puissamment dans notre société moderne; il met en lumière le vrai mérite et en donne la mesure précise; il fait naître et alimente dans les cœurs une généreuse ambition qui, si elle ne réussit pas toujours, ne reste jamais du moins sans profit pour ceux qui l'ont conçue, et favorise par cela même les progrès de la science; il impose au vainqueur l'obligation de ne point laisser pâlir, pendant tout le cours de sa carière, l'éclat de ses débuts; et aux vaincus le devoir de redoubler d'efforts pour triompher à leur tour. En jugeant d'une manière spéculative ce genre de nomination, on peut donc dire qu'en même temps qu'il conduit au professorat les hommes les plus dignes, il entretient dans tout le corps enseignant une activité salutaire. Mais il faut convenir que le concours manque souvent de sincérité, qu'il éloigne les hommes dont la réputation est faite, décerne la couronne moins au mérite solide et réel qu'à la jeunesse, à la mémoire, à la parole, à l'assurance, et tend à faire entrer l'enseignement dans cette voie dangereuse où ne marchaient pas les maîtres de la science aux deux derniers siècles, et où le premier mérite pour un professeur est de charmer son nombreux auditoire par une improvisation abondante et fleurie. En rejetant la responsabilité des choix sur un jury, qui ne survit pas au jugement qu'il a rendu et n'a rien à redouter de l'opinion, le concours donne, sous les dehors d'une équité rigide, un libre cours aux influences illégitimes et cachées; enfin, et ce reproche est le plus grave, il ne tient et ne peut tenir nul compte de ces qualités morales et intimes de l'homme, dont une lutte scientifique, si prolongée qu'on la suppose, ne saurait révéler l'existence, et qui cependant sont, pour l'instituteur de la jeunesse, à quelque ordre qu'il appartienne, le premier de tous les titres.

Si les trois modes de nominations indiqués offrent chacun à peu près autant d'inconvénients que d'avantages, on pourrait, en les combinant les uns avec les autres, arriver à un système d'élection qui aurait les avantages de chacun d'eux sans les inconvénients. Ainsi, en conservant le concours pour l'agrégation, à laquelle il convient parfaitement, et en donnant à la Faculté le droit de désigner parmi les agrégés un certain nombre de candidats à chaque place de professeur vacante, entre lesquels le ministre choisirait, on serait aussi assuré qu'il se peut de ne voir arriver aux honneurs du professorat que ceux qui en seraient le plus dignes, c'est-à-dire des hommes qui, au début de leur carrière, à l'âge où le concours est naturel et sincère, auraient prouvé leur mérite par ce genre d'épreuve, qui se seraient ensuite exercés à l'enseignement dans l'agrégation et sous les yeux des anciens de la Faculté, et dont enfin le savoir et les qualités morales auraient été équitablement appréciés par l'autorité supérieure, qu'ils ne peuvent récuser systématiquement en pareille matière, sans abonder dans le plus vulgaire de tous les préjugés.

Le projet de loi embrasse un autre ordre d'idées. Il admet le choix direct par le ministre pour une chaire sur trois vacances, et laisse le concours disposer de deux autres; mais il impose au choix et au concours certaines restrictions. Ainsi, le ministre ne peut élire qui il lui plaît, il est tenu de choisir parmi les professeurs déjà existants. Le projet de loi lui permet de faire passer le professeur d'une école préparatoire dans une autre école préparatoire, et le professeur d'une faculté dans une autre faculté. Le ministre donnerait donc de l'avancement à des professeurs entrés dans la carrière par la voie du concours, mais il ne créerait pas, à proprement parler, de professeurs. Le concours serait maintenu dans la proportion qu'on vient de voir, et, afin de parer à cet inconvénient, d'appeler les jeunes gens qui n'ont rien à risquer, et de repousser les hommes en possession d'un état et d'un nom, dont une défaite blesserait la dignité aussi bien que les intérêts, le projet de loi crée des catégories d'admissibilité au concours, d'autant plus circonscrites que l'importance de la chaire vacante est plus grande. Nul ne serait admis à concourir pour les chaires vacantes dans les facultés, s'il n'était agrégé en médecine, ou professeur des écoles préparatoires, à moins qu'il ne fût membre de l'Académie royale des sciences, membre de l'Académie royale de médecine, ou médecin en chef d'hôpital des villes chefs-lieux de département ou des villes de 20,000 âmes. D'autres catégories plus larges sont établies pour les concours des places de professeur vacantes dans les écoles préparatoires, et enfin

tous les docteurs sont admis à concourir pour l'agrégation.

Ce système présente d'assez grands avantages. Il ne fait certes pas une part trop forte à l'influence du ministre, et il conserve le concours comme principe de la nomination aux chaires vacantes dans les écoles de médecine. Cependant la commission n'a pas cru devoir l'adopter complétement, et en voici les raisons :

On est libre de rejeter ou d'admettre le concours ; mais, si on l'admet, il faut l'accepter avec ses conditions essentielles. Or, quoi de plus essentiel au concours que la libre admission, dans la lice, de tous ceux qui se sentent la force de discuter le prix offert au plus méritant? Que l'on restreigne le nombre des chaires à mettre au concours, que l'on donne au ministre le droit de nommer directement à deux chaires sur trois vacances ; mais si l'on fait à ce mode d'élection une part, il faut la faire complète, en admettant parmi les candidats un nombre de docteurs suffisant pour que dans chaque concours le principe de la libre concurrence soit pleinement représenté. Nous proposons donc de décider que chaque faculté pourra admettre, au concours ouvert dans son sein pour une chaire de professeur, un nombre déterminé de docteurs en médecine, non compris dans les catégories d'admissibilité, qu'elle choisira parmi tous les docteurs, sans acception des facultés où ils auront été reçus; ce nombre serait fixé au plus à six pour la Faculté de Paris, à quatre pour celle de Montpellier, et à trois pour celle de Strasbourg. C'est à peu près la moyenne des concurrents étrangers aux catégories qui se sont fait inscrire jusqu'à ce jour.

On a dit que, sur dix-neuf concours qui ont eu lieu à la Faculté de médecine de Paris depuis seize ans, le système des catégories proposé par le gouvernement eût interdit le concours à trente-six candidats, parmi lesquels deux ont été nommés professeurs. Cette grave objection tomberait désormais, puisque, dans tout concours, les docteurs seraient en nombre égal, quelquefois même en nombre supérieur, aux candidats fournis par les catégories.

Le projet de loi crée également des classes d'admissibilité aux concours pour les places de professeur vacantes dans les écoles préparatoires. Nous ne les croyons pas utiles, et nous proposons d'autoriser tous les docteurs à concourir pour ces chaires. En effet, une chaire de professeur, dans les écoles de ce genre, est à peine rétribuée et peu enviée, car elle ne conduit, comme les chaires de professeur dans la Faculté de médecine de Paris ou dans celle de Montpellier, ni à la renommée ni à la fortune; les objections dirigées contre le libre concours perdent donc leur force dans ce cas, et nous ne voyons aucune raison de s'écarter du principe et des usages établis.

Nous ne quitterons pas la matière des admissibilités au concours sans faire remarquer que le projet de loi admet à concourir aux chaires de pharmacie et chimie, de physique, de toxicologie et d'histoire naturelle médicale, dans les facultés, les professeurs et agrégés des facultés des sciences. Il convient d'exiger de ces candidats le diplôme de docteur dont tous leurs concurrents seront munis nécessairement ou par le fait. Nous ne comprendrions pas qu'on pût enseigner dans une faculté ou dans une école sans être docteur en médecine ; et, à l'égard des professeurs dont il est ici question, une telle dérogation à la règle commune pourrait avoir des effets regrettables. L'enseignement des sciences physiques dites accessoires, dans les facultés et les écoles de médecine, se distingue par un caractère d'application pratique, approprié d'une manière toute spéciale aux besoins des études médicales; si un tel enseignement était confié à des hommes étrangers à la médecine, on pourrait craindre que son esprit ne fût dénaturé, et que, sous ce rapport, les écoles ne devinssent, au détriment des études, de simples succursales de facultés des sciences. Par des raisons semblables, les candidats à la chaire de pharmacie, dans les facultés, devront en outre justifier du diplôme de pharmacien.

Les concours pour les chaires vacantes, dans les facultés ou dans les écoles, ont lieu au siége de ces établissements; mais, d'après le projet du gouvernement, le ministre pourrait fixer, au siége des facultés, le concours pour les chaires des écoles, et transporter à Paris le concours pour les chaires des facultés de département. Nous proposons de supprimer cette dernière disposition et de laisser les facultés de province jouir d'un droit dont on ne pourrait les dépouiller sans nuire d'une manière plus grave qu'on ne pense aux intérêts bien entendus de la science.

Par une réunion de circonstances heureuses, la France possède seule en Europe, depuis plus de six siècles, deux écoles qui représentent les deux grands aspects de la science médicale à toutes les époques où son développement a été complet. La Faculté de médecine de Montpellier s'est constamment distinguée des autres écoles médicales par la recherche des principes les plus élevés de la médecine considérée comme science et comme art, et par la haute critique historique et philosophique des divers systèmes. La Faculté de Paris, au contraire, marche d'un pas ferme dans les voies d'une pratique habile et savante. « De ces oppositions, disait le ministre de l'instruction publique en 1836, de ces contrastes, naissent des luttes qui font briller les plus vives lumières.» Le projet de loi, en adoptant le principe de l'appel des professeurs d'une faculté à une autre, tend à créer une sorte de hiérarchie entre les trois facultés, qui existe en fait et ne touche pas directement au caractère de l'enseignement; mais par l'établissement du siége des concours à Paris, conséquence inévitable de la disposition du projet du gouvernement, il confère aux idées et au mode d'enseignement en honneur dans la Faculté de cette ville une supréma-

tie trop absolue pour ne pas tourner au préjudice de la science, qui réclame avant tout une libre et féconde concurrence. La loi n'est pas compétente en matière de théories scientifiques, et, au lieu de choisir entre elles, la prudence lui conseille de se récuser. Laissons nos deux premières facultés concourir librement au progrès des connaissances médicales, et qu'aucune d'elles ne trouve dans cette loi un moyen assuré de faire triompher ses propres doctrines.

La composition des jurys de concours est la garantie la plus forte et la plus visible du jugement, que personne ne songera à révoquer en doute, si la loi prend tous les moyens à sa disposition pour qu'il n'entre dans les jurys que des personnes réunissant à un égal degré les deux qualités indispensables : l'impartialité et le savoir.

Composer les jurys uniquement de professeurs de la faculté, ce serait donner à l'esprit de corps une trop grande influence ; exclure les professeurs, ce serait se priver des arbitres naturels de semblables opérations, de ceux qui sont le plus aptes et qui ont le plus d'intérêt à bien juger le genre de mérite recherché dans les candidats. C'est donc en adjoignant aux professeurs un certain nombre de juges choisis par le ministre parmi les hommes éclairés et compétents, mais étrangers à la faculté, qu'on peut se flatter de composer un tribunal dont les arrêts seront inspirés par l'amour de la science et par une stricte impartialité.

Le projet du gouvernement nous a paru trop restreindre les classes de personnes parmi lesquelles les membres adjoints devront être choisis, et nous y avons ajouté les agrégés libres des autres facultés que celle où le concours sera ouvert et les membres des conseils médicaux.

Mais dans quelle proportion les membres adjoints se trouvent-ils avec les professeurs ? Le projet du gouvernement répond (art. 20), *en nombre inférieur*, de telle sorte que, dans un jury où il y aurait six professeurs, le ministre pourrait faire entrer cinq adjoints. Cette proportion semble trop forte à la commission, qui, voulant laisser à la faculté une part suffisante d'influence sur un acte qui l'intéresse à tant de titres, propose de décider que le nombre des membres adjoints sera la moitié du nombre des professeurs siégeant dans le jury.

Le deuxième paragraphe de l'art. 9 porte que les membres adjoints devront être désignés *préalablement ;* nous entendons ce mot en ce sens qu'ils le seront aussitôt l'annonce du concours, afin qu'on ne puisse prétendre qu'ils ont été choisis en vue de favoriser un candidat.

Nous n'avons qu'une seule observation à présenter sur les dispositions du projet du gouvernement relatives au jury de concours pour les chaires des écoles préparatoires et pour l'agrégation. L'art. 20 de ce projet attribue au ministre la nomination des présidents de ces jurys, sans dire qu'ils seront pris dans le sein des jurys ou en dehors, et la rédaction un peu vague de cet article autorise même à supposer que l'intention du gouvernement est de déférer le même droit au ministre sur les jurys de concours pour les chaires de faculté. En aucun cas nous ne pourrions l'admettre. Jusqu'ici les jurys se sont toujours constitués eux-mêmes et ont, par le fait de l'expression du vœu de la majorité, départi à l'un de leurs membres le privilége d'une double voix en cas de partage, qui, dans de nombreuses et récentes circonstances, a seule décidé l'élection. Aucune plainte ne s'est élevée, que nous sachions, contre un usage qui ne serait pas abandonné sans compromettre à quelques égards le respect dû aux jurys et à leurs présidents.

L'art. 10 règle l'usage du droit accordé au ministre de disposer directement d'une chaire sur trois vacances dans les facultés et les écoles préparatoires. La rédaction de cet article exige un changement qui fasse comprendre que la proportion des deux tiers devra être suivie dans chaque faculté ; sinon le ministre pourrait, sans dépasser les limites de cette proportion, nommer deux fois de suite directement dans une faculté s'il avait mis quatre chaires au concours dans les deux autres, ce qui serait contraire à l'intention de la loi.

Le ministre autorise, après délibération de l'école ou de la faculté, toute permutation de chaire entre des professeurs d'une même faculté ou de deux facultés différentes ; d'une même école préparatoire ou de deux écoles préparatoires. La permutation entre professeurs de la même école, entourée de garanties, est avantageuse aux professeurs et sans danger pour l'enseignement. Le ministre, éclairé par la délibération de la faculté ou de l'école, ne l'autorisera que pour des chaires semblables ou analogues. Il n'y aurait, en effet, nul profit à condamner un professeur à tourner toute sa vie dans le même cercle d'idées et d'études, lorsque son esprit l'appellerait à en sortir. Quant à la permutation entre professeurs d'écoles différentes, elle aura lieu très rarement, et, dans l'état actuel des choses, nous doutons même que l'occasion s'en présente. Nous ne voyons cependant aucun inconvénient à inscrire ce droit dans la loi.

En cas de vacance dans une faculté de département ou dans une école, le ministre pourra nommer un professeur d'une autre faculté ou d'une autre école, et, en cas de vacance dans la Faculté de Paris, nommer un professeur d'une autre faculté ; enfin il pourra appeler aux chaires des sciences physiques, dites accessoires, un professeur des facultés des sciences, pourvu, ajoute la commission, du diplôme de docteur.

On sait quelle pensée a dicté ces dispositions.

Une chaire sur trois vacances étant retirée du concours, le projet de loi circonscrit le choix du ministre parmi les professeurs en exercice, de manière à établir un mouvement d'échange, une sorte de commerce de talents et de mérites entre les différentes facultés, et plus particulièrement entre les deux facultés de province et la Faculté de Paris. Il faut remarquer que le ministre ne pourra pas faire usage de son droit

de nomination, sans créer une vacance à laquelle il sera pourvu au moyen du concours. Pour l'opinion qui n'admet pas d'autre mode de nomination équitable que celui-ci, ce système suscite de nombreuses objections ; mais, comme il ne s'agit plus en ce moment que d'opter entre le choix absolu du ministre et l'appel d'une chaire inférieure à une chaire supérieure, ce sont les inconvénients propres à ce genre d'avancement que nous devons rechercher ; or nous n'en apercevons qu'un seul, celui de fortifier l'attraction qui attire vers Paris tous les hommes de talent, et de montrer à un trop grand nombre de professeurs de province le foyer des études médicales de l'Europe en perspective. Nous nous sommes déjà expliqué sur le sort réservé, selon toute probabilité, aux facultés et aux écoles des départements, et nous exprimons le vœu que le ministre, en usant du droit qu'il réclame, n'oublie pas qu'une école sans rivale perd nécessairement l'émulation, et avec l'émulation le principe même de l'activité.

L'art. 24 du gouvernement règle le sort des professeurs âgés de soixante-cinq ans ou infirmes, et propose de supprimer, à l'égard des professeurs en médecine, la mise à la retraite, en déclarant qu'ils conserveront leur traitement toute leur vie. Une semblable disposition, si elle était adoptée, créerait une exception à la loi générale sur les pensions de retraite, qu'il n'y aurait aucune raison de réserver aux professeurs en médecine. Nous nous bornons donc à reconnaître le droit du ministre de mettre à la retraite les professeurs qui, à raison de leur âge ou de leurs infirmités, seraient hors d'état de remplir leurs fonctions. Dans cette situation, le principe de l'inamovibilité ne doit plus leur servir d'égide.

Par un article additionnel, il est accordé à tous les docteurs, après l'accomplissement de formalités requises pour le maintien de l'ordre et le respect des bonnes mœurs, la liberté d'ouvrir des cours particuliers sur quelque partie que ce soit des études médicales. Dans l'état actuel des choses, cette liberté existe à Paris, non-seulement pour plus de cinquante docteurs qui font, presque tous à l'école pratique, où la faculté leur fournit les amphithéâtres et les cadavres qui leur sont nécessaires, des cours particuliers suivis par de nombreux auditeurs, mais pour les internes des hôpitaux, et même pour de simples élèves : les nécessités de l'enseignement l'ont exigé. Sans nous arrêter sur cette idée, trop évidente pour avoir besoin d'être démontrée, que la concurrence entre les professeurs de l'État et les professeurs libres est nécessaire à la vie et aux progrès de l'enseignement, même dans une faculté aussi éminente que celle de Paris ; sans rappeler que c'est par l'enseignement libre qu'ont débuté les Bichat, les Dupuytren, les Broussais et les plus habiles professeurs de ce temps, que cet enseignement existe dans tous les pays où les études médicales sont en honneur, nous dirons que plus l'enseignement tend à devenir pratique, plus il importe d'augmenter le nombre de ceux qui le distribuent; car si l'enseignement oral peut être donné sans inconvénient à des centaines d'étudiants réunis dans un amphithéâtre, l'enseignement expérimental ne doit l'être au contraire qu'à un nombre restreint d'auditeurs, qui puissent tous voir de leurs yeux et toucher de leurs mains l'objet de leurs études. Une trop grande affluence dans un cours de clinique nuit à l'enseignement et aux malades. La Faculté de Paris compte 900 élèves, répartis entre huit cliniques officielles ; si, comme nous le demandons, les hôpitaux s'ouvrent à l'enseignement libre, le nombre des cliniques deviendra plus considérable, et les salles cesseront d'être encombrées de visiteurs avides d'instruction, mais dont les regards et les investigations épuisent les malades. Sous quelque rapport qu'on l'envisage, l'enseignement libre n'offre que des avantages, et nous demandons que la loi sanctionne un état de choses que la nécessité a fondé, que la Charte consacre, et dont toutes les facultés elles-mêmes ne cessent de favoriser les développements.

TITRE II.

Des conditions d'études de la médecine.

L'art. 8 du projet du gouvernement propose d'instituer dans les écoles médicales deux nouveaux grades, celui de bachelier et celui de licencié en médecine ; cependant il ne serait délivré aux impétrants, pour les trois grades, qu'un seul et même diplôme, celui de docteur. Cette création de grades purement nominaux n'offre aucun avantage réel, et pourrait avoir le danger de favoriser l'exercice illégal de la médecine, en ouvrant la porte à des gradués et à des praticiens d'une classe inférieure. « Le baccalauréat, dit-on dans l'exposé des motifs, pourra nous fournir une épreuve utile pour les professions spéciales dont les règlements d'administration publique auront à déterminer l'exercice ; » nous croyons qu'il convient de donner un brevet spécial aux professions particulières qui seront conservées, plutôt que de leur attribuer un grade qui semblerait, sous quelques rapports, rétablir les deux ordres de médecins dont le projet de loi propose la fusion en un seul. Nous demandons, en conséquence, la suppression de l'art. 8 et des deux premiers paragraphes de l'art. 9.

Le dernier paragraphe de cet article porte la durée totale des études pour le doctorat de quatre à cinq années, non compris le temps des épreuves, lesquelles ne peuvent être subies qu'après le dernier trimestre. Quatre années d'études qui, avec le temps des épreuves, en deviennent souvent cinq, sont un laps de temps suffisant pour former un jeune médecin, qui, ne trouvant pas à sa sortie de l'École une clientèle toute faite, doit nécessairement employer les premières années de son entrée dans la carrière médicale, à compléter et à étendre l'enseignement qu'il a reçu sur les bancs de la Faculté. Ce qui importe en semblable matière, c'est bien moins l'étendue

que le bon emploi du temps, et nous croyons, par exemple, que les examens de fin d'année établis par l'arrêté du 6 septembre 1846 feront plus, pour le succès des études, que l'augmentation de temps demandée.

L'état actuel de l'enseignement médical en France nous semble un argument puissant contre une proposition séduisante pour les esprits curieux d'apprendre ou d'enseigner, mais qui, en rendant plus difficile et plus dispendieux l'accès du doctorat, diminuerait inévitablement le nombre des médecins, quand nous avons besoin de le conserver ce qu'il est. Supprimer les officiers de santé, et rendre l'admission au doctorat plus difficile et plus lente, sont deux mesures qui peuvent être prises successivement, mais non en même temps. Leur simultanéité accuserait une confiance trop absolue dans les effets de la réforme que nous allons entreprendre.

La durée actuelle des études étant maintenue, la faveur accordée, comme mesure transitoire, par le premier paragraphe de l'art. 12, aux étudiants actuellement en cours d'études, devient sans objet.

Nous ne croyons pas non plus devoir conserver dans le troisième paragraphe de l'art. 9 du projet de loi les mots : *lesquelles* (les épreuves) *ne peuvent être soutenues qu'après le dernier trimestre.* Cette disposition est purement règlementaire et fixe une chose qui, de sa nature, est et doit rester variable. L'arrêté du Conseil royal, en date du 21 octobre 1831, décida que les trois derniers examens des aspirants au doctorat seraient passés après la seizième inscription. Un arrêté du 6 septembre 1846 déclare que les cinq examens ne seront subis qu'après cette seizième et dernière inscription. Il ne faut pas que la loi enlève au ministre les moyens de modifier une règle établie depuis trop peu de temps pour que l'on puisse encore en apprécier les effets.

L'art. 11 du projet du gouvernement imprime la sanction légale aux ordonnances du roi du 2 février 1823 et du 9 août 1836, qui imposent aux élèves l'obligation de présenter le diplôme de bachelier ès lettres pour être admis à prendre leur première inscription, et le diplôme de bachelier ès sciences pour prendre la cinquième : nous n'examinerons pas le mérite de prescriptions déjà anciennes dont la seconde avait pour but et a eu pour effet de réduire sensiblement le nombre des étudiants en médecine ; nous dirons seulement que l'art. 11, en autorisant les élèves, après un premier échec dans l'examen pour le baccalauréat, à ne produire le diplôme de bachelier ès sciences qu'un an plus tard que ceux qui n'ont pas éprouvé cet échec, donne, par le fait, un encouragement à la négligence et à la paresse, que nous ne pouvons accepter. L'espoir que cette faveur décidera des jeunes gens qui se destinaient aux études du droit à se reporter, après un premier échec, vers les études médicales, aujourd'hui moins suivies que les premières, semble peu fondé ; car les étudiants en droit et les étudiants en médecine appartiennent à des classes de la société différentes, et on croira difficilement qu'une telle cause décide beaucoup d'entre eux à changer de vocation.

Un membre de la commission a demandé que la loi prévît le cas où, par suite de l'établissement de la liberté d'enseignement, promise par l'art. 69 de la Charte, il serait créé un certificat d'aptitude équivalant au diplôme de bachelier ès lettres, et dont la collation n'appartiendrait pas à l'Université. La commission n'a pas cru qu'il lui appartînt de préjuger, dans une loi relative à l'une des branches de l'enseignement supérieur, ce que le législateur devra décider sur le point le plus important et le plus débattu de l'enseignement secondaire.

Par son art. 15, la commission propose d'autoriser le Français et l'étranger qui ont étudié dans des universités étrangères, à faire compter pour la moitié, dans nos facultés, leur temps d'études, en restant, quant au surplus, soumis à toutes les conditions imposées aux étudiants français. L'enseignement donné par la Faculté de Paris attire de tous les côtés de l'Europe un nombre considérable d'étudiants étrangers ; il est juste de reconnaître l'hommage qu'ils rendent à la supériorité de nos professeurs, par une faveur qui n'est guère que de la stricte justice. Pour les Français qui vont étudier la médecine à l'étranger, nous croyons leur nombre fort limité, et, quant à ces étudiants, nous avons la confiance que la disposition contenue dans notre amendement sera bien rarement invoquée.

Les art. 17, 18 et 19 de la commission déterminent les conditions d'études imposées aux dentistes et aux sages-femmes. Le projet de loi ne contient aucune disposition qui se rapporte en particulier à ces deux professions ; mais l'art. 4 de ce projet confère au gouvernement le droit de fixer, par des ordonnances royales portant règlement d'administration publique, les conditions de l'exercice provisoire ou du maintien définitif des professions spéciales relatives à la pratique de l'une des branches de la médecine, et les changements que pourraient nécessiter l'enseignement des sages-femmes et l'exercice de leur art.

L'exécution de ces ordonnances resterait placée sous la garantie des clauses pénales insérées dans la loi. Cette incertitude laissée sur le sort de plusieurs professions parasites, que le gouvernement pourrait à son gré maintenir ou supprimer, nous a paru présenter des inconvénients signalés à notre attention par des réclamations nombreuses, et nous avons préféré, par des raisons qui seront exposées plus tard, déclarer que la loi ne reconnaissait que deux professions spéciales : les dentistes et les sages-femmes, et régler dès ce moment, mais d'une manière générale, ce qui se rapporte aux conditions d'études imposées à ces professions.

Désormais, pour exercer la profession de dentiste, qui n'est soumise aujourd'hui à au-

cune condition légale, il faudra avoir fait un stage de quatre années chez un dentiste établi régulièrement, ou deux années d'études, soit dans une école préparatoire, soit dans une faculté, et subir deux examens.

La durée des études pour obtenir le diplôme de sage-femme est maintenue à deux ans, conformément à la loi de l'an XI. Les élèves devront subir deux examens. Nous établissons, à l'art. 18, les conditions exigées pour l'admission des élèves sages-femmes, et pour pouvoir suivre, en cette qualité, les cours d'accouchements. Telles sont les dispositions du projet de loi sur les conditions d'études relatives à la médecine.

TITRE III.

De l'enseignement de la pharmacie.

TITRE IV.

Des conditions d'études de la pharmacie.

Le projet de loi ne renferme aucune disposition sur l'exercice de la pharmacie, profession industrielle qui, à ce titre, se trouve placée, par l'ordonnance du 15 avril 1837, dans les attributions du ministère du commerce; mais, en déterminant l'enseignement et les conditions d'études de la pharmacie, le projet de loi introduit dans l'exercice même de cette profession un changement fondamental. Réduire les deux ordres de pharmaciens en un seul, et modeler plus intimement encore l'enseignement de la pharmacie sur l'enseignement de la médecine, telles sont les deux idées qui ont présidé à la rédaction du titre V du projet du gouvernement. Ces idées sont-elles justes et applicables? n'ont-elles pas été suggérées par un amour trop absolu de l'uniformité? Nous allons répondre à ces questions.

Les écoles de pharmacie ont une organisation correspondant à celle des écoles de médecine. Il existe à Paris, à Montpellier et à Strasbourg, des écoles dites supérieures, établies en 1803, et qui délivrent les diplômes de pharmacien de première classe. Les écoles préparatoires de médecine sont en même temps des écoles de pharmacie et donnent l'enseignement à ceux qui aspirent au diplôme de pharmacien de deuxième classe, mais les jurys médicaux ont seuls le droit de délivrer ce diplôme.

La loi du 21 germinal an XI, qui rétablit l'enseignement pharmaceutique, n'eut pas l'intention de créer deux ordres de pharmaciens; mais, en déclarant que l'examen et la réception des pharmaciens seraient faits soit par les écoles de pharmacie, soit par les jurys médicaux, elle donna naissance à la distinction des deux classes, quoiqu'elle eût pris le soin de dire (art. 15) que les examens seraient les mêmes dans les écoles et devant les jurys. Aujourd'hui il existe en France des pharmaciens de première classe et des pharmaciens de seconde classe, se trouvant à l'égard les uns des autres dans les mêmes rapports que les docteurs en médecine et les officiers de santé. Le projet de loi propose de ne plus reconnaître qu'un seul ordre de pharmaciens, qui resteront soumis aux principales conditions d'études fixées par la loi de l'an XI, auxquelles toutefois l'ordonnance du 27 septembre 1840 a joint l'obligation du baccalauréat ès lettres.

L'abolition du second ordre de pharmaciens est sollicitée depuis longtemps, et précisément pour les mêmes raisons qui font réclamer la suppression des officiers de santé. L'encombrement des deux professions est le même, et les clameurs sont aussi vives d'un côté que de l'autre. Le gouvernement a cru de son devoir d'opposer quelques obstacles aux trop nombreuses réceptions de pharmaciens. L'obligation du baccalauréat ès lettres et des trois années d'études dans une école supérieure de pharmacie, imposée désormais à tous les aspirants, amènera, dans un temps peu rapproché il est vrai, car on peut dire des pharmaciens ce qu'on dit des médecins, que les réceptions faites dans ces derniers temps en ont fourni la France pour plus de vingt ans, la clôture de beaucoup d'officines tenues en ce moment dans des chefs-lieux de canton, des villages, des bourgs, par des pharmaciens généralement peu instruits et munis de très minces capitaux; et, pour que l'on comprenne aussitôt les conséquences de cette mesure, nous ajouterons qu'il n'existe dans les 38,000 communes rurales de la France guère plus de 4,000 pharmaciens. Nous reviendrons plus tard sur cette question, qui intéresse à la fois les médecins et les pharmaciens de campagne.

Les titres III et IV reproduisent les principales dispositions de la loi de germinal an XI, œuvre de Fourcroy, très digne de son savoir et de son expérience, et de l'ordonnance de 1840. Ces deux titres du projet de loi ne donneraient donc lieu à aucune observation de notre part, si l'art. 29 du gouvernement, dérogeant à cette loi et à cette ordonnance, ne proposait d'introduire dans la nomination des professeurs des écoles supérieures de pharmacie une innovation dont l'utilité ne paraît pas démontrée.

Aujourd'hui les professeurs sont nommés dans ces écoles par le ministre de l'instruction publique d'après une liste de trois candidats présentés, l'un par l'Académie royale des sciences, le second, par l'école supérieure où la chaire est vacante, et le troisième, par la faculté de médecine établie dans la même ville. Cette manière de pourvoir aux chaires vacantes n'a jusqu'à présent été l'objet d'aucune critique, n'a produit aucun choix que l'opinion des hommes compétents ait condamné, et nous avons même des motifs pour penser que les écoles supérieures sont satisfaites du régime sous lequel elles vivent. Le concours n'y est admis que pour la nomination des agrégés, et il serait surprenant qu'une loi qui restreint le concours dans les facultés et les écoles préparatoires, où il règne depuis dix-sept ans, l'étendît aux écoles de pharmacie qui n'en ont jamais fait usage. En expérimentant concur-

remment ces deux modes de nomination, les inconvénients et les avantages de chacun d'eux seront mieux appréciés, et plus tard l'on pourra, avec une connaissance complète des choses, les ramener à un seul, s'il est démontré qu'en pareille matière l'uniformité ait en effet une grande valeur.

Le projet de loi fixe la durée des études pour obtenir le diplôme de pharmacien à six années, conformément aux dispositions de la loi de l'an XI, et déclare que nul ne sera admis à prendre ses inscriptions s'il n'est bachelier ès lettres. Cette dernière obligation, imposée, comme nous l'avons dit, par l'ordonnance de 1840, mais seulement à partir de 1845, a produit l'effet prévu. En 1844 les réceptions s'étaient élevées dans les écoles supérieures au chiffre énorme de 219; il tomba en 1845 à 99 et en 1846 à 72. Cette diminution progressive n'a rien qui puisse inquiéter; cependant nous ne serions pas d'avis de joindre, comme il a été demandé, à l'obligation du baccalauréat ès lettres, celle du baccalauréat ès sciences. Le temps apprendra si cette nouvelle garantie de savoir pourrait être exigée des étudiants en pharmacie sans trop diminuer, même dans les villes, le nombre des pharmaciens.

Nous proposons de supprimer l'art. 33 sur les examens dans les écoles supérieures; l'art. 34 sur les pharmaciens étrangers qui veulent exercer en France, et l'art. 37 sur la révision périodique du *Codex* ou *Formulaire pharmaceutique*, parce que le premier de ces articles est réglementaire et que les deux autres appartiennent, non à l'enseignement, mais à l'exercice de la pharmacie, sur lequel se prépare en ce moment un projet de loi au ministère de l'agriculture et du commerce.

Les écoles supérieures sont de véritables facultés et doivent en conserver le caractère; ainsi le gouvernement a eu raison de modifier l'art. 12 de la loi du 21 germinal an XI, qui appelait deux professeurs de la faculté de médecine dans les jurys d'examen pour la réception des pharmaciens. Nous désirons que les règlements qui seront faits pour l'exécution de la présente loi, maintiennent sur ce point ce qui existe, et ne reviennent pas à une législation convenable pour le temps où les écoles supérieures, nouvellement fondées, avaient besoin d'un appui dont elles peuvent aujourd'hui parfaitement se passer.

TITRE V.

De l'exercice de la médecine.

Pour être autorisé à exercer la médecine, il faut d'abord ne se trouver compris dans aucune des catégories d'incapacité fixées par la loi, et avoir ensuite rempli les conditions d'études précédemment déterminées. Nous devons donc en ce moment expliquer les dispositions du projet de loi relatives : 1° aux incapacités; 2° au diplôme de docteur.

La société ne peut souffrir qu'un homme flétri pour un crime odieux ou pour un délit déshonorant vienne prendre place ou continue de rester dans les rangs d'un corps auquel l'honneur et la probité sont aussi nécessaires que la science. Nulle difficulté à l'égard de celui qui, postérieurement à un crime ou à certains délits, voudrait entrer dans le corps médical; prévenu à l'avance de l'incapacité dont il est frappé, ce ne serait qu'en dissimulant sa propre souillure qu'il pourrait s'introduire dans le corps médical, et l'expulsion de cet intrus est trop naturelle pour susciter une objection.

Quant au médecin devenu indigne, on demande qui exercera envers lui le droit d'exclusion, garantie de pureté et de considération publique pour la profession médicale tout entière. Sera-ce le pouvoir judiciaire ou le pouvoir disciplinaire?

Le premier de ces pouvoirs impose à tous les citoyens autant d'attachement que de respect, et il n'est pas en France une seule profession qui ne se trouvât heureuse et fière de voir ses plus chers intérêts placés sous la tutelle vénérée de la magistrature. Toutefois les tribunaux, astreints à suivre le texte précis de la loi, sont, il faut le reconnaître, impuissants à punir des actes d'un caractère particulier que la morale condamne, que l'honneur réprouve, mais dont le législateur a laissé, par des considérations qu'il serait inutile de développer ici, la répression à la conscience des coupables ou à l'opinion des gens de bien. Le pouvoir disciplinaire pénètre plus avant dans l'appréciation du degré de culpabilité des infractions professionnelles, et sait leur appliquer des peines qui, graduées avec équité, depuis le simple avertissement jusqu'à l'expulsion, ne laissent rien échapper de ce qui pourrait porter atteinte à l'honneur et aux vrais intérêts du corps. Le pouvoir disciplinaire est le juge naturel de ces infractions, et la commission n'a pas attendu d'y être provoquée par les pétitions que la Chambre lui a envoyées ou qu'elle a reçues, pour rechercher s'il ne serait pas possible d'établir au sein du corps médical des conseils de discipline, analogues à ceux qui entretiennent, dans la corporation des avocats, ces sentiments d'honneur et de dignité auxquels elle est redevable, depuis plusieurs siècles, de l'estime de la magistrature et de la confiance des citoyens. Mais à peine a-t-elle eu fait les premiers pas vers la solution de cette question, qu'elle a reconnu qu'il n'existe aucune analogie entre le régime intérieur de l'ordre des avocats, et le genre d'existence auquel les médecins sont condamnés.

Ne voit-on pas, en effet, que les médecins, dans les campagnes, vivent isolés les uns des autres, chacun d'eux cherchant une localité où il pourra fonder sa clientèle, sans avoir à redouter la concurrence de quelque rival nouveau venu? que dans les villes, où leur nombre est excessif, la concurrence y dégénère trop souvent en une lutte violente qui aigrit les caractères et excite les passions? que la distinction en deux ordres a jeté, parmi les médecins, des ferments de jalousie dont notre loi n'étouffera pas en un seul jour les effets, et qu'insti-

tuer des conseils de discipline dans un corps aussi divisé, malgré les apparences d'un accord récent, ce serait fournir un aliment nouveau à des sentiments que la loi doit, au contraire, s'attacher à étouffer.

Si nous ne jugeons pas que l'on puisse doter aujourd'hui le corps médical de l'institution des conseils disciplinaires ou de famille, nous avons la conviction que plus tard, et quand le projet de loi aura porté ses fruits, que le corps médical sera ramené à l'unité, que ses droits seront mieux garantis, ses rangs moins encombrés, et qu'une loi pénale, à la fois sévère et juste, aura fermé l'accès de la profession à tout homme indigne de l'exercer, alors les obstacles qui nous arrêtent en ce moment disparaîtront, et d'autres que nous pourront exécuter, sinon pour tous les médecins, au moins pour ceux qui résident dans les villes, une sage pensée dont nous nous bornerons à ajourner, non sans regret, la réalisation.

Dans l'ordre des avocats, les conseils de discipline peuvent, suivant l'exigence des cas, avertir, censurer, réprimander, interdire pendant un temps ou rayer du tableau tout avocat qui a manqué aux principes de probité et de délicatesse qui font la base de sa profession. L'autorité disciplinaire ne devant pas être appliquée au corps médical, il faut abandonner le droit d'avertissement, de censure et de réprimande, et déférer à la loi le soin de prononcer l'exclusion de plein droit, et aux tribunaux l'exclusion facultative, selon le plus ou le moins de gravité des actes incriminés.

L'article 7 du gouvernement déclare incapables d'exercer la médecine ou aucune de ses branches, ce qui comprend les professions dites spéciales, conservées provisoirement ou définitivement par le projet de loi : 1° les condamnés à des peines afflictives ou infamantes. Nulle difficulté ne peut s'élever sur ce point. On a cependant demandé si les condamnés politiques de cette catégorie ne devaient pas être affranchis de l'incapacité. Nous comprenons que, dans un pays si longtemps agité par les révolutions, l'esprit public ne juge pas toujours sainement le caractère des actes qualifiés de crimes politiques; mais le législateur ne s'associerait pas à cette tolérance regrettable de l'opinion sans jeter au sein de la société un germe redoutable de désordre. Que le droit de grâce, qui n'a jamais fait défaut à un repentir sincère, vienne, s'il y a lieu, tempérer une condamnation rigoureuse, mais que la loi n'affiche pas de différence pour les crimes les plus dangereux.

Le projet de loi prononce, en second lieu, l'incapacité contre tous ceux qui auront commis certains délits correctionnels mentionnés dans une longue série d'articles du Code pénal, et parmi lesquels il s'en trouve plusieurs qui ne sont aucunement de nature à devoir justifier la déclaration d'indignité, et contre ceux qui auront été privés par jugement de tout ou partie des droits civiques et de famille mentionnés aux paragraphes 3, 5, 6 et 8 de l'art. 42 du Code pénal, en telle sorte qu'un docteur privé du droit d'être juré, membre d'un conseil de famille, tuteur ou curateur, se trouverait exclu, pour sa vie entière, du corps médical. Ces rigueurs nous ont paru dépasser le but. Nous en dirons autant de la disposition contenue dans le paragraphe 4 du même article, en vertu duquel les tribunaux correctionnels pourraient prononcer l'incapacité à la suite de toute condamnation, par exemple d'une condamnation pour infraction à la loi sur la garde nationale ou à la loi sur la chasse. On n'expliquerait pas suffisamment l'insertion de cette clause dans la loi en disant que les tribunaux en feront peu ou pas usage, car ce serait reconnaître son inutilité, et, en matière pénale, tout ce qui n'est pas nécessaire peut devenir nuisible.

La commission a remanié entièrement ce système d'incapacités, déclarées à la suite de condamnations correctionnelles. D'accord avec le projet de loi, elle admet des incapacités facultatives, et place dans la première classe les condamnations pour crimes ou délits de vols, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, et pour des crimes ou délits prévus par quinze (1) articles du Code pénal, et deux articles de la loi du 22 mars 1832, sur le recrutement (2), qui lui paraissent devoir rendre ceux qui les auront subies véritablement indignes d'exercer la médecine.

Les cours d'assises auront la faculté de déclarer incapables ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi. L'admission de circonstances atténuantes par le jury peut bien faire baisser la peine d'un ou de plusieurs degrés, mais non changer le caractère moral de l'acte incriminé.

Nous proposons d'accorder le même pouvoir aux tribunaux correctionnels, mais seulement en cas de condamnation pour quelques délits particuliers, prévus par cinq articles du Code pénal (3).

Grâce à ces modifications, le cercle des incapacités est renfermé dans des bornes précises, et l'honneur du corps médical se trouve couvert sans qu'on puisse avoir à craindre, nous ne disons pas une injustice, mais aucune rigueur dont la nécessité ne serait pas démontrée à tout médecin qui porte dans le cœur

(1) Voici les crimes et délits auxquels ces articles se rapportent : art. 316, castration; 317, avortements; 330, outrage public à la pudeur; 331-333, viol; 334-335, excitation à la débauche; 338, adultère; 345, enlèvement ou substitution d'enfant; 349, exposition d'enfant.

(2) Ces deux articles prononcent des peines contre les médecins et chirurgiens qui ont facilité les fraudes des conscrits en matière d'exemption de recrutement.

(3) Art. 378, révélation des secrets par les médecins; 400, détournement d'objets saisis, par celui sur qui ils ont été saisis, et dont la garde lui a été remise; 406, abus des faiblesses d'un mineur; 407, abus d'un blanc-seing; 408, détournement de dépôt.

l'amour de son état et le sentiment de sa propre dignité.

Si nous nous sommes arrêté quelque temps sur les pouvoirs dont la loi doit être armée, si nous avons cherché à varier équitablement et à graduer les causes d'incapacité, ce n'est pas, nous avons hâte de le dire, que nous tenions le corps médical actuel en suspicion ; loin de là, il est au contraire notoire, et nous nous plaisons à le répéter, que, malgré les obstacles suscités par une organisation incomplète et vicieuse, ce corps, aujourd'hui si nombreux et composé d'éléments si contraires, qui n'a d'autre guide, d'autre censeur, et même d'autre défenseur que lui-même, sait conserver sa place dans l'estime publique. Le grade de docteur, véritable titre de noblesse scientifique, brille en France de plus d'éclat et de considération que dans aucun pays de l'Europe. Nous avons voulu davantage, et que la loi déployât une sévérité qui semblera aux esprits inattentifs un luxe de défiances inutile, afin que chacun sache et dise qu'il ne se trouve pas dans cette grande corporation un seul homme qui puisse même être soupçonné. Si les médecins se plaignaient de se trouver placés sous la même égide à l'ombre de laquelle vit et prospère l'ordre des avocats ; s'ils regardaient comme une atteinte à leur caractère les mesures que la loi prend afin qu'aucun d'eux n'encoure la honte d'avoir pour confrère un homme noté ou flétri, nous répondrions que nous n'avons rien fait que de munir d'une sanction pénale le serment qui se transmet parmi eux d'âge en âge, et où on lit ces belles paroles : « Je promets, et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque. »

N'être placé dans aucune des catégories d'incapacité que nous avons déduites ne suffit pas pour pouvoir pratiquer la médecine : il faut encore obtenir une attestation publique de science ; car aucun peuple, que nous sachions, n'a encore songé à laisser l'exercice de la médecine libre de toutes conditions et de toutes garanties. Dans plusieurs pays, notamment en Prusse, le diplôme de docteur est purement honorifique, et le pouvoir de pratiquer n'est conféré que par l'Etat. Il n'en est pas ainsi en France, où les facultés seules délivrent le titre nécessaire pour exercer l'art médical.

Le projet de loi ne s'est attaché avec tant de sollicitude à entourer le diplôme de docteur de garanties qui le rendissent un témoignage irrécusable de science réelle et lentement acquise, que parce quelle devait en faire la condition expresse de l'exercice de la médecine.

Nul ne pourra donc pratiquer cet art ou l'une de ses branches, ou prendre un titre indiquant l'aptitude à le pratiquer, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur. Ce diplôme devra être enregistré au secrétariat de la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil du domicile du docteur ; car l'administration et la justice ont également besoin de connaître les praticiens en exercice, soit pour invoquer le concours de leurs lumières, soit pour diriger des poursuites contre ceux qui auraient commis quelque infraction.

Nous arrivons ici à la disposition capitale du projet de loi, à celle qui a pour objet, en supprimant les officiers de santé, d'établir l'unité, depuis si longtemps désirée, au sein du corps médical.

Cette difficile et grave question a été déjà l'objet de sérieux débats, et divise encore aujourd'hui les esprits les plus éclairés. En 1826, lors de la discussion à la Chambre des pairs d'un projet de loi relatif aux écoles secondaires de médecine, la commission qui avait pour rapporteur Chaptal, et dans le sein de laquelle siégeaient des hommes tels que Lacépède et Mounier, demanda le suppression des officiers de santé, et fit prévaloir son opinion contre les efforts persévérants de Cuvier, commissaire du roi, qui soutint l'avis opposé avec non moins de conviction que de talent. Votre commission a eu elle-même besoin d'étudier soigneusement les faits et de calculer avec précision toutes les conséquences du changement qui vous est proposé, avant de fixer son choix entre deux systèmes si souvent et si vivement controversés. L'opinion qu'elle a adoptée n'ayant pas réuni l'unanimité des suffrages, il est nécessaire de reproduire ici, avec autant d'exactitude et en aussi peu de mots qu'il sera possible, les raisons qui ont été alléguées pour et contre le maintien de la classe des praticiens du second ordre.

On a fait valoir, en faveur de la conservation des deux ordres de médecins, des considérations générales dont l'importance ne saurait être méconnue. Lorsqu'il s'agit, a-t-on dit, de déterminer les conditions d'existence de la profession médicale, il faut s'attendre que la pauvreté et l'ignorance d'une grande partie de la population opposeront aux améliorations en apparence les plus faciles, et certainement les plus sages, des obstacles insurmontables. Rien ne serait plus à désirer que de pouvoir remplacer, dans les campagnes, chaque officier de santé par un docteur en médecine savant, habile et formé à l'exercice de son art par de longues et patientes études ; et, pour obtenir ce résultat, il semble qu'un simple article de loi soit suffisant ; mais si ce docteur ne doit pas, en se fixant au milieu des habitants de la campagne, trouver des moyens d'existence et un genre de vie en rapport avec son éducation et son caractère, évidemment il les abandonnera et ira chercher dans quelque ville un meilleur sort. La population la plus nombreuse et la plus digne d'intérêt restera donc livrée aux soins destructeurs des faux médecins de tout ordre, dont il ne faut pas se flatter de pouvoir jamais détruire complétement le crédit.

Aujourd'hui les officiers de santé appartien-

nent presque tous à de pauvres familles heureuses de pouvoir, à l'aide de quelques faibles dépenses, procurer à leurs enfants l'entrée d'une profession libérale. Désormais elles ne le pourront plus; cette accumulation de diplômes littéraires et scientifiques, ces quatre années et ces frais d'études, seront pour elles un obstacle infranchissable. Est-ce là un bien? est-ce même un acte de justice? Si au moins un grand intérêt public exigeait cette suppression, on la concevrait; mais il n'en est rien.

On affecte de confondre les officiers de santé de notre époque avec les praticiens qui prirent ce titre pendant la Révolution et dans les années suivantes, à la faveur des désordres publics. Les personnes et les choses ont beaucoup changé. Depuis plus de vingt-cinq ans, les officiers de santé ne sont admis à exercer la médecine qu'après des études sérieuses dans les écoles préparatoires. La sévérité des jurys médicaux pour les aspirants qui se présentent avec des certificats d'études faites, soit près des médecins, soit dans les hôpitaux, a corrigé la trop grande indulgence de la loi de l'an XI. Aujourd'hui nul élève n'est reçu dans une école préparatoire s'il ne justifie qu'il a fait ses études classiques jusqu'en troisième.

Les officiers de santé sont donc, non pas, comme on le prétend, des hommes privés de culture et pourvus de quelques notions médicales insuffisantes, mais des praticiens ruraux, parfaitement préparés au genre de profession qu'ils embrassent.

Les officiers de santé ne sont pas seulement utiles, ils sont et ont toujours été indispensables; car c'est à tort qu'on les regarde comme un produit de la Révolution. Le nom qu'ils portent est nouveau sans doute, mais la chose est ancienne. Il existait autrefois de ces médecins sous les titres de chirurgiens, de maîtres en chirurgie et de barbiers, qui peuplaient seuls les campagnes. S'il avait été possible que des docteurs en médecine se fixassent dans les bourgs et dans les villages, ces chirurgiens n'auraient pas été si nombreux, car les moyens de former des docteurs ne manquaient certes pas à cette époque. La distinction des deux ordres de médecins se retrouve au surplus dans tous les pays de l'Europe, souvent en dépit des lois, dont la nécessité a brisé la puissance.

On répète sans cesse que les officiers de santé sont des demi-médecins et qu'il n'y a pas de demi-maladies; que les demi-médecins ont bientôt converti un demi-malade en un malade bien conditionné; qu'il y a quelque chose d'injuste, d'inhumain et de blessant pour les idées d'égalité si en crédit de nos jours, à compter pour peu la santé et la vie de trente millions d'hommes. Ces objections ou ces reproches sont-ils aussi fondés qu'ils le paraissent? S'il est vrai qu'il n'y a pas de demi-malades, il l'est aussi que les maladies ordinaires aux habitants de la campagne sont uniformes et simples comme leur vie, et que l'habitude de les traiter supplée bien vite chez l'officier de santé à la science théorique qui lui manque. La médecine ressemble aux autres sciences, il n'est pas nécessaire que tous ceux qui l'appliquent en possèdent scientifiquement l'ensemble et les principes. Des notions générales, quelques connaissances usuelles, appuyées sur l'expérience, suffisent à sa pratique journalière.

Le moment pour supprimer le second ordre de médecins serait, il faut en convenir, assez mal choisi; car les documents fournis par la statistique médicale nous apprennent que les réceptions de docteurs et d'officiers diminuent sensiblement depuis quelques années. De 1835 à 1843, la moyenne de ces réceptions a été de 832 médecins. Si l'on avait cessé de créer des officiers de santé, elle n'eût pas été de 530. Mais, en 1845, 317 docteurs seulement ont été reçus, et 302 en 1846; or, en portant le personnel médical à 20,000 praticiens, et en calculant la mortalité au 40e, il faudrait recevoir par an 500 docteurs. Peut-on se flatter d'une telle espérance?

Que l'on n'oublie pas qu'il existe en France 8,088 officiers de santé, c'est-à-dire 4 officiers de santé par 5 docteurs environ. Cette proportion dévoile les conséquences d'un projet qui ne tend à rien moins qu'à supprimer dans l'avenir la moitié des médecins exerçant en ce moment, et dont le nombre est de beaucoup au-dessous des besoins réels de la population.

Si le gouvernement était convaincu que des docteurs prendront naturellement la place des officiers de santé et que le niveau sera maintenu, pourquoi ne laisse-t-il pas cette transformation s'opérer naturellement? pourquoi a-t-il recours à ces créations de boursiers et de médecins cantonaux, moyens artificiels de recruter le corps médical, et qui trahissent son incertitude? Ne ferait-il pas mieux de songer au sort qui attend les vingt écoles préparatoires, établissements modestes, mais utiles, dont le principal, sinon l'unique objet, est de former des officiers de santé? Au surplus, le ministre reconnaît, avec une parfaite loyauté, dans l'exposé des motifs, page 50, que les effets de la mesure sont incertains. C'est donc un essai qu'il propose.

La suppression du second ordre de médecins est accueillie avec faveur par l'opinion la plus répandue; on la représente même comme un acte de justice exigé par la philanthropie; mais, avant d'accepter l'autorité de ces manifestations, il conviendrait de rechercher si ceux qui poursuivent avec tant d'insistance l'extinction du second ordre ne sont pas de ces esprits spéculatifs trop disposés à croire facile dans l'application tout ce qui est bon dans la théorie, ou des docteurs en médecine obéissant, à leur insu, aux suggestions de l'intérêt personnel.

La prudence conseille de fortifier les études exigées des officiers de santé, de confier exclusivement leur réception aux écoles préparatoires, et de leur interdire d'exercer dans les villes : tout ce que l'on fera de plus tournera au profit, non de la science, non de la santé

publique, non des habitants de la campagne, mais des imposteurs et des empiriques, contre lesquels la rigueur des lois est sans force.

Nous venons de rappeler les principales objections qui ont été dirigées, dans le sein de la commission, contre le projet du gouvernement d'abolir le second ordre de médecins. Écoutons la réponse.

Personne ne songeant à nier les avantages qui résulteraient pour la société si, au lieu de praticiens imparfaitement disposés à l'exercice de leur art, il se trouvait partout des docteurs habiles, expérimentés et formés par des études solides à une profession qui exige tant de qualités diverses, l'unique question est celle de savoir si la suppression des officiers de santé privera les villageois des soins médicaux qui leur sont nécessaires, et les laissera à la merci des charlatans.

Pour résoudre cette difficulté, point unique du débat, il faut d'abord expliquer ce que les officiers de santé sont devenus, à la faveur de la loi de l'an XI, qui leur prescrit assez vainement de résider dans les départements où ils ont été reçus, et de ne point pratiquer les grandes opérations. On croit communément que ces praticiens sont voués, par leur éducation et par le peu d'étendue de leur savoir, au service de la classe la plus humble de la société, qu'ils exercent exclusivement et dans l'acception vraie du mot la profession de médecins de campagne. Cette opinion s'éloigne infiniment de la vérité. Il est en France un nombre, par malheur trop grand, de cantons ruraux où, à cause de la pauvreté des habitants, de leur peu de foi dans la médecine, ou du crédit des guérisseurs, aucun médecin, officier de santé ou docteur, n'a jamais pu et ne pourra jamais s'établir, les dispositions ou la pauvreté des habitants restant du moins ce qu'elles sont. L'extinction du second ordre serait donc complétement indifférente pour ces localités. Quant aux villes, aux bourgs, aux villages, aux campagnes, peuplés et riches, que s'y passe-t-il? On y voit les deux ordres de praticiens aux prises l'un avec l'autre, sans nulle distinction de lieu ni de titres. On rencontre des officiers de santé au sein des villes; il y en a dans Paris 175; un grand nombre de docteurs résident à leur tour dans des campagnes très pauvres. Il se trouve, à la vérité, plus de docteurs dans les villes et plus d'officiers de santé dans les campagnes, ce qui n'empêche pas que, dès qu'il y aperçoit de l'avantage, le docteur s'établit dans la campagne et l'officier de santé dans la ville. Chacun de ces praticiens cherche à se créer une clientèle n'importe à quel endroit; et, dans cette lutte si animée, où le vrai mérite ne donne pas la victoire, l'infériorité scientifique de l'officier de santé disparaît, pour ne plus laisser voir que des rivaux, pourvus par la loi de droits inégaux, et qui cependant combattent à armes égales.

Si les officiers de santé n'existaient plus, la lutte cesserait, et les docteurs, qui aujourd'hui les remplacent ou les supplantent dans les campagnes aussitôt qu'ils le peuvent, s'y établiraient paisiblement, pressés par la nécessité de se créer un état et de tirer parti des connaissances qu'ils ont laborieusement acquises. Tout se réduit donc à savoir, non pas si les habitants des campagnes, aujourd'hui en possession de praticiens, en seraient privés par l'effet de la loi, mais s'il est juste et conforme à l'intérêt public de souffrir plus longtemps cette libre concurrence entre deux classes de médecins dont les titres à la confiance des citoyens sont si peu semblables.

Vainement propose-t-on de changer le mode de réception des officiers de santé, de leur imposer des études, sinon plus longues, au moins plus fortes, et de leur interdire l'accès des villes. Ces réformes, faciles en apparence, échoueraient dans l'application. La science de la médecine, n'ayant qu'un seul but, qui est la conservation de la vie et de la santé des hommes, ne peut avoir qu'un seul enseignement. La science restant la même, comment concevoir qu'il puisse exister un enseignement pour les officiers de santé, un autre pour les docteurs? Quel est l'homme éclairé, ayant quelque peu réfléchi sur l'enchaînement étroit de toutes les parties d'une science, qui oserait tracer cette ligne de séparation? Quant à la pensée d'exclure des villes les officiers de santé, elle est si contraire aux mœurs et aux lois de notre temps, qu'on ne songerait pas même à l'exécuter.

Il est vrai qu'il existe, dans tous les États de l'Europe, deux ordres au moins de médecins; mais cette distinction porte principalement sur la chirurgie, c'est un souvenir de l'état de cet art au moyen âge : alors la chirurgie était un métier, les chirurgiens formaient une corporation d'ouvriers très inférieure à l'ordre des médecins.

Du reste, la situation peu honorée des officiers de santé, la légitime ambition qui, aujourd'hui, porte chaque citoyen à s'élever par le travail, l'espoir d'une fortune plus facile et d'une plus grande considération, sont des causes qui, à elles seules et dans un court espace de temps, amèneraient la suppression totale de la classe des praticiens du second ordre; car, depuis dix ans, les réceptions de ces médecins diminuent graduellement et dans une proportion plus forte que celle des docteurs. En 1837, on reçut 348 officiers de santé; en 1838, 382; mais, en 1845, il n'en fut plus reçu que 171; et, en 1846, que 251. Nous délibérons donc sur le sort d'une institution condamnée et qui ne se défend plus elle-même.

A cette assertion, qu'elle ne sera pas remplacée, que les facultés sont loin de recevoir assez de docteurs chaque année pour combler les vides qu'elle laisserait dans le corps médical, on ne doit répondre que par des chiffres.

La notoriété publique et les plaintes des médecins signalèrent à l'attention du gouvernement, il y a déjà quelques années, l'encombrement de la profession médicale. En effet, les réceptions annuelles, dans les deux ordres, flottèrent, de 1835 à 1839, entre les nombres

de 831 et de 1,017, et le personnel médical s'élevait alors, non pas à 25,000 praticiens, comme on l'a cru, mais environ à 20,000. Il y avait évidemment surabondance, et l'irréflexion des familles tendait encore à l'exagérer. Alors l'ordonnance du 9 août 1836, qui imposait la condition du baccalauréat ès sciences aux étudiants en médecine, à partir du 1er décembre 1837, fut rendue, et aussitôt que les effets de cette mesure se sont fait sentir, c'est-à-dire en 1841, le nombre des réceptions s'est abaissé; il n'a été, en 1842, que de 617, et, en 1846, de 553. La diminution a porté tout autant sur les officiers de santé que sur les docteurs, quoique l'ordonnance de 1836 fût étrangère aux premiers. Dans de pareilles circonstances, si l'on prend le nombre actuel de 19,000 médecins qui existent, comme l'expression des besoins véritables de la population, on ne courra pas le risque de se tromper en moins, car la progression décroissante, qui ne s'arrêtera que quand le niveau des vrais besoins aura été atteint, dure encore.

Sur une population quelconque, la mortalité est généralement de 1/40 par année, comme on l'a dit; mais parmi les professions libérales, et plus particulièrement dans le corps médical, la mortalité ne s'élève pas aussi haut, et on a constaté que, pour les 1,430 médecins de Paris, la proportion a été seulement, en 1846, de 1/56. Si nous appliquons cette loi à toute la population médicale du royaume, nous trouvons que 339 réceptions annuelles, et non pas 500, combleraient les vides. Il faut reconnaître qu'il n'y a eu, en 1845, que 317 réceptions de docteurs, et, en 1846, que 302; mais on a reçu pendant la première année 171 officiers de santé, et, pendant la seconde, 251; or, peut-on douter que la classe de la société qui a fourni ces praticiens fournirait, après la suppression de leur ordre, assez de docteurs pour que le nombre total de ceux-ci s'élevât de 317 ou de 302 à 339, et, d'un autre côté, que la classe qui produit des docteurs en produirait davantage, si elle était délivrée de la concurrence décourageante dont elle gémit?

Cette espérance si fondée et si peu ambitieuse peut, nous le reconnaissons, se trouver déçue; il est possible que, par l'effet continu de l'ordonnance de 1836 et des souffrances évidentes du corps médical, le nombre des réceptions de docteurs reste ce qu'il a été en 1845 et en 1846, ou descende même au-dessous: nous ne le croyons pas, car une certaine augmentation dans le nombre des étudiants en médecine près les Facultés commence à se révéler, et en présage une correspondante dans le nombre des docteurs.

Cependant nous n'en tiendrons pas compte, et nous dirons que, loin de renoncer à une réforme réclamée par la raison et par l'humanité, il faut rechercher s'il n'existe pas quelque moyen simple et conforme à l'intérêt public, de provoquer les réceptions de docteurs de manière qu'elles restent toujours à l'égal des besoins de la population. Ici se présente l'institution des médecins cantonaux, que nous nous bornons à indiquer en ce moment, afin de montrer que le gouvernement ou les départements peuvent, à l'aide de quelques légers sacrifices, remplir un devoir étroit, c'est-à-dire procurer à ceux qui sont hors d'état de les payer les secours de l'art, et rassurer en même temps ceux qui croient que l'abolition du second ordre abaissera le nombre des médecins au-dessous de ce qu'exige la conservation de la santé publique.

Le projet de loi propose d'introduire un changement profond dans l'organisation du corps médical; ce changement doit, selon toutes les probabilités, amener les meilleurs effets; mais si quelques-unes de nos prévisions étaient trahies, des précautions sont prises pour que le bien reste et que les inconvénients s'évanouissent.

Ces considérations ont déterminé l'avis de la Commission, qui, à la presque unanimité, vous propose d'adopter la proposition de supprimer, pour l'avenir, la classe des officiers de santé.

L'art. 2 du projet du gouvernement impose des conditions au Français et à l'étranger reçus docteurs à l'étranger, lorsqu'ils veulent prendre place dans le corps médical français. Nos médecins se montrent, en général, peu empressés à ouvrir leurs rangs aux médecins du dehors. Sans rechercher si ce sentiment de répulsion a été quelquefois justifié, nous dirons que la France ne doit pas s'écarter à ce sujet de ses vieilles et libérales coutumes, et qu'il est entré dans nos intentions de nous montrer envers les étrangers plutôt faciles que rigoureux.

L'art. 4 de la loi du 19 ventôse an XI autorise le gouvernement à accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la république. L'usage de ce droit absolu a enfanté naturellement des abus. Ainsi, les Français reçus docteurs en médecine ou en chirurgie dans les facultés étrangères, et qui veulent obtenir le même grade dans l'une des trois facultés de France, sont tenus de subir toutes les épreuves du doctorat, les cinq examens et la thèse, et de produire préalablement les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences, ou la dispense de ces grades; tandis qu'à la demande de l'ambassadeur de sa nation, un médecin étranger obtient souvent, sans aucune épreuve, tous les droits d'un docteur français.

Cette inégalité du traitement est choquante, et le gouvernement a senti lui-même le besoin de renoncer à un pouvoir qui engage fréquemment sa responsabilité.

Il propose de maintenir, à l'égard du Français et de l'étranger reçus docteurs à l'étranger, la nécessité de l'autorisation du roi, qui ne serait accordée, à l'avenir, qu'après une déclaration d'équivalence de grades et diplômes, délibérée en Conseil royal de l'Université. Cette précaution semble équitable et propre à concilier tous les intérêts; mais, au fond, qu'est-ce que l'équivalence des grades?

Qui pourra jamais l'établir avec un semblant de certitude? Et si l'on s'en rapporte à la voix publique, à la réputation bonne ou mauvaise de telle ou telle université étrangère, ne vient-on pas se heurter, par une voie différente, contre l'obstacle qu'on voudrait éviter? La commission a adopté un système de garanties moins arbitraires et plus réelles. Le Français et l'étranger reçus docteurs dans une faculté étrangère, pourront à l'avenir exercer en France, après avoir subi, devant une des facultés du royaume, deux examens, l'un sur l'anatomie, l'autre sur la pathologie, et une thèse. Les facultés sont trop haut placées pour qu'on ait à craindre qu'elles éloignent, par un sentiment de jalousie, les médecins étrangers; elles admettront les hommes de mérite, repousseront les ignorants, et désormais un médecin étranger, muni du diplôme de docteur, pourra prendre rang parmi les médecins français, comme parmi ses pairs. La faveur seule n'aura pas créé son droit.

Il était à craindre que, pour éviter l'obligation de produire les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences et de fournir les quatre années d'études imposées aux étudiants dans nos facultés, des Français n'allassent prendre un brevet dans quelque obscure université étrangère, pour revenir ensuite se faire recevoir docteurs en France au moyen de deux seuls examens et d'une thèse; nous avons prévenu cet abus, en déclarant que le Français et l'étranger ne seraient admis à subir ces épreuves qu'en produisant, avec un certificat de bonnes vie et mœurs, la preuve qu'ils ont exercé au moins pendant cinq ans à l'étranger. Ce sont donc de vrais médecins, et non des étudiants étrangers, qui viendront demander le diplôme de docteur à nos Facultés.

L'art. 33 de la commission (3 du gouvernement) contient, relativement aux officiers de santé, des dispositions transitoires sur lesquelles il est nécessaire de donner quelques explications; car l'article du projet du gouvernement a fait naître une infinité de réclamations.

« Les officiers de santé régulièrement reçus, lit-on dans le projet de loi, continuent à exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission. Ils ne peuvent prendre un autre titre que celui d'officiers de santé, sous peine d'un emprisonnement de six mois à deux ans. » Nous proposons d'ajouter à la première partie de ce paragraphe les mots: *ainsi que les médecins et les chirurgiens dûment autorisés*, parce qu'il se trouve en France, actuellement encore, un certain nombre de personnes exerçant légalement l'art de guérir, sans être pourvues de diplôme de docteur ou d'officier de santé. On suppose que ce personnel médical, malgré les extinctions qui, depuis quelques années surtout, l'ont considérablement réduit, s'élève à 7 ou 800 médecins environ.

L'interdiction de prendre un autre titre que la qualification bizarre d'officier de santé, ne saurait être maintenue. Les officiers de santé s'appellent généralement *médecins*; les forcer d'abandonner cette désignation, ce serait blesser un droit acquis, et le gouvernement n'en a pas l'intention.

Le dernier paragraphe de l'article que nous examinons autorise les officiers de santé pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, à se présenter au doctorat, en faisant compter chaque année d'exercice antérieur pour six mois d'études.

Puisque nous voulons qu'il n'y ait plus en France qu'un seul ordre de médecins, il faut faciliter la fusion des deux classes qui existent, en rendant aisé aux officiers de santé l'accès du doctorat. Or, peut-on espérer que les deux diplômes de bachelier ne seront pas un obstacle insurmontable pour la plupart d'entre eux? Est-il opportun en outre de ne compter chaque année d'exercice antérieur que pour six mois d'études, de manière à repousser du doctorat tout officier de santé qui n'aurait pas huit années de pratique? Nous devons hâter le moment où le second ordre aura cessé complétement d'exister; et, dans ce but, nous proposons d'autoriser à se présenter devant une faculté pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur, tout officier de santé comptant six années d'exercice. Nous exigeons, comme on le voit, plus de pratique que de connaissances littéraires et accessoires, de médecins dont l'éducation a été ce qu'est leur vie, c'est-à-dire très simple.

L'article 4 du projet de loi attribue au gouvernement un droit sur les professions spéciales nées à l'entour du corps médical, qui a paru à la commission, nous l'avons déjà dit, trop étendu et consacrant un principe que tout le système de la loi rejette. Selon cet article, dans le délai d'un an après la promulgation de la présente loi, une ordonnance du roi, soumise à l'examen du conseil d'Etat, déterminerait les conditions de l'exercice provisoire ou du maintien définitif des professions spéciales relatives à la pratique de l'une des branches de la médecine. L'exercice de celle de ces professions qui ne serait pas maintenue cesserait d'être permis.

Qu'est-ce qu'une profession spéciale dans l'art de guérir? Le charlatanisme répondra en citant les noms étranges de professions prétendues spéciales, mais la réflexion nous apprendra que la science est une et générale, et que celui qui s'adonne au traitement de certaines maladies, fait acte de médecin, et ne saurait se dérober aux obligations imposées à tous les médecins sous le frivole prétexte qu'il n'a embrassé qu'une profession déterminée. Si de pareilles prétentions pouvaient être admises, il faudrait décomposer la science médicale et graduer les preuves de savoir à exiger de ceux qui veulent la pratiquer, selon le plus ou le moins d'importance des maladies sur lesquelles chacun d'eux serait disposé à concentrer ses études et ses soins. Nous ne pouvons consentir à consacrer légalement l'existence des professions spécia-

les, qui détruirait, au profit de l'empirisme ou d'un savoir pour le moins très incomplet, l'unité que nous avons établie dans le personnel médical.

Cependant nous admettons une exception en faveur des dentistes et des sages-femmes ; non pas que tout ce qui vient d'être dit ne s'applique à ces deux professions, mais parce qu'il faut tenir compte de la force des habitudes, et que des réformes du genre de celles que nous entreprenons ont besoin de prudence et de ménagement.

Les art. 35 à 41 de la commission règlent les conditions imposées aux dentistes et aux sages-femmes pour exercer leur profession. L'article 37, relatif à ces dernières, n'établit rien qui ne soit en usage depuis longtemps. Quant aux dentistes, il n'était pas possible de les laisser plus longtemps pratiquer leur art sans aucune garantie de savoir ou d'habilité. Les dispositions que nous proposons à leur égard sont nécessaires et n'ont rien de rigoureux.

Dans le délai d'un an, à dater de la promulgation de la loi, ceux qui exercent des professions spéciales, autres que celles de dentiste et de sage-femme, devront se présenter devant les facultés ou les écoles préparatoires à un examen, après lequel, s'il y a lieu, ils recevront transitoirement une autorisation régulière d'exercer. Le projet de loi respecte partout les droits qu'il trouve établis; mais il n'y en a pas pour l'ignorance flagrante et constatée, et nous demandons qu'aucune autorisation ne soit accordée à ces charlatans qui, sous les noms de renoueurs, herniaires, rebouteurs, mèges, etc., infestent les campagnes.

Le second paragraphe de l'article 6 a suscité trop de plaintes pour que nous ne nous y arrêtions pas un instant, afin d'en expliquer et d'en justifier les dispositions.

Le premier paragraphe prononce l'incompatibilité entre les professions de médecin et de pharmacien. Cette prohibition obtient l'assentiment universel, et nous souhaitons qu'elle soit sévèrement maintenue. Mais le second paragraphe, introduisant aussitôt une exception au principe établi, permet à tout praticien qui exerce dans les lieux où il n'y a point de pharmacien à une distance de 4 kilomètres, de tenir des médicaments, sous la condition de les prendre dans une officine régulièrement établie.

Les pharmaciens qui ont adressé des pétitions à la Chambre, affirment que l'art. 6 du projet de loi entraînera inévitablement la ruine des officines situées dans les campagnes, et que la population en ressentira un préjudice réel. En effet, disent-ils, les petites communes ont plus de 4 kilomètres de diamètre, et la majeure partie plus de 4 kilomètres de rayon, d'où il résulte que, dans la même commune, il pourrait se trouver à la fois un pharmacien établi et un ou plusieurs médecins tenant des médicaments. Chaque pharmacien sera donc, dans les communes rurales, renfermé dans une circonférence de 4 kilomètres de rayon, au-delà de laquelle tous les médicaments seront fournis par les médecins, et l'on doit remarquer que les personnes les plus éloignées des dépôts de médicaments n'en seront en réalité qu'à 2 kilomètres, c'est-à-dire à une distance qu'on peut parcourir à pied en moins d'un quart d'heure. La loi, en se servant des expressions *pourra tenir des médicaments*, au lieu de *pourra fournir des médicaments aux personnes près desquelles il sera appelé*, donne aux médecins le droit d'ouvrir de véritables pharmacies et de faire une concurrence redoutable aux pharmaciens anciennement établis. En fixant à 8 kilom. la distance à laquelle devrait se trouver une pharmacie pour qu'un médecin pût débiter des médicaments, la loi ferait une chose juste, sans toutefois se mettre d'accord avec sa propre déclaration, que les professions médicales sont incompatibles avec celle de pharmacien.

De leur côté, les médecins de campagne ne se plaignent pas moins vivement. L'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI les autorise à fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés, dans tous les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, sans tenir compte de la distance à laquelle il s'en trouve une. Le projet de loi restreint donc leur droit, dans l'intérêt, non des pharmaciens, mais des épiciers, herboristes et vendeurs de remèdes, et, en rendant leur existence au milieu des campagnes encore plus difficile, les décidera à les abandonner.

Ces plaintes, comme on le voit, se balancent et se détruisent les unes par les autres.

L'intérêt des campagnes doit seul nous préoccuper en cette circonstance : il importe donc de savoir comment les choses s'y passent; or, on peut affirmer que, sous le rapport de la préparation et de la vente des médicaments, il y règne un désordre complet. Le médecin s'y fait marchand de remèdes, parce que les paysans regardent les médicaments comme guérissant seuls, sans tenir compte des conseils de la science. Le pharmacien s'y fait médecin, parce que, simples et crédules, les paysans s'imaginent qu'un pharmacien peut guérir toutes les maladies, par cette raison qu'il a beaucoup de remèdes à sa disposition, et la plupart d'entre eux commencent par s'adresser à lui. Les deux professions y sont confondues, au grand dommage de la santé publique. Le moyen le plus sage de faire cesser cet abus serait de laisser se former les officines dans les localités où un pharmacien instruit ne pourrait pas s'établir, et d'y permettre, ainsi que cela existe en Hollande, la vente des médicaments aux médecins qui, pourvus tous du diplôme de docteur, auront fait désormais des études en chimie, en matière médicale et en thérapeutique, qui les rendront plus aptes à préparer les médicaments que ne le sont aujourd'hui les pharmaciens de campagne, dont toute l'industrie

consiste à s'approvisionner au chef-lieu du département, chez les marchands en gros, qui tirent eux-mêmes leurs produits de quelques grands laboratoires établis dans la capitale. Ce système est celui du projet de loi, et nous l'approuvons d'autant plus, qu'il aura pour effet, quoi qu'en disent les officiers de santé, d'améliorer la condition des médecins ruraux.

Il est temps de faire cesser le scandale de ces annonces dont le charlatanisme et la cupidité, offensant à la fois la décence publique et la profession médicale, remplissent les journaux et souillent les murs. L'art. 43 du projet de la Commission y pourvoit.

Nous proposons de rappeler aux médecins, par l'art. 44, le devoir qui leur est imposé d'apporter à la justice, aussitôt qu'ils en sont requis, le tribut nécessaire de leur science; car nous avons appris que souvent la mauvaise volonté ou les refus formels des gens de l'art entravaient l'action judiciaire. A la vérité, les médecins allèguent que les honoraires attribués par la loi au praticien qui agit en vertu d'une réquisition du magistrat, ne sont pas en proportion de la peine et du dérangement que cette réquisition occasionne, et qu'il arrive souvent qu'un médecin appelé en cette qualité auprès d'un tribunal, non pas pour y déposer purement et simplement des faits de la cause, mais pour y apprécier les faits qui ressortissent à sa profession, est assimilé à un témoin ordinaire et indemnisé comme tel. Si cette dernière réclamation ne reposait pas sur quelques faits exceptionnels, nous inviterions M. le ministre de la justice à donner des instructions pour qu'il y fût satisfait; car elle est fondée. Quant à l'insuffisance de la taxe allouée aux médecins agissant en vertu de réquisitions judiciaires, nous la reconnaissons, quoique les magistrats ne soient pas contraints de se renfermer dans les limites étroites du décret du 16 février 1811, pour rétribuer les experts; mais nous ne pouvons, à propos d'une loi sur la médecine, faire subir au tarif des frais, en vigueur depuis près de quarante ans, une modification qui en entraînerait beaucoup d'autres. Il reste donc à lever l'obstacle qui souvent entrave l'administration de la justice, et l'article proposé aura son effet.

La commission a été sollicitée par diverses pétitions d'insérer dans le projet de loi des dispositions additionnelles relatives à la responsabilité médicale, à l'obligation du secret imposé aux médecins, à la prescription en matière d'honoraires, au privilége concernant les frais de dernière maladie, etc. Elle a examiné attentivement ces demandes et s'est convaincue que plusieurs étaient contraires à l'intérêt bien entendu des médecins, et que, pour les autres, la jurisprudence des tribunaux avait fait droit à ce qu'elles ont de juste.

TITRE VI.

Des médecins cantonaux.

Le projet du gouvernement présente sous le même titre les dispositions relatives à la création des élèves boursiers et des médecins cantonaux, institutions correspondantes, mais qui ne sont pas liées nécessairement l'une à l'autre.

L'article 25 du projet de loi déclare qu'il pourra être créé, dans les écoles préparatoires et dans les Facultés, par l'État, les départements ou les communes, sous la condition de se vouer pendant dix ans à la pratique de la médecine dans les départements ou dans les cantons déterminés, des bourses qui seraient attribuées à des boursiers des colléges royaux ou communaux.

Sans nous arrêter aux difficultés de détails que présenterait l'exécution de la pensée de fonder des bourses dans les écoles de médecine, telle qu'elle est tracée par le projet de loi, et même aux abus qui pourraient en résulter, nous rechercherons s'il est nécessaire ou utile de provoquer par des encouragements l'augmentation du nombre actuel des médecins; car tel serait, sans nul doute, l'effet de la création proposée, si ce n'en est pas le but.

Nous croyons superflu de reproduire ici les raisons alléguées depuis longtemps contre l'institution des bourses, et qui ont conduit le gouvernement et les Chambres à réduire notablement les fonds assignés à ce genre de dépenses; nous nous bornerons à rappeler que l'objet véritable des bourses doit être, sauf de rares exceptions puisées dans des considérations personnelles, de déterminer des vocations pour certaines carrières ou certaines professions nécessaires à la société, qui, sans ce secours, languiraient abandonnées. Provoquer par des largesses, par des récompenses, des jeunes gens à embrasser des professions vers lesquelles se dirige naturellement, sans autre excitation que le désir de se procurer un état, la foule des aspirants, n'est-ce pas se condamner à un sacrifice pour le moins inutile? Si la profession médicale était désertée, que les populations manquassent évidemment des secours de l'art, que les médecins clairsemés dans le pays laissassent en souffrance le service médical, ce serait pour l'État un devoir de recruter des médecins par tous les moyens à sa disposition, et d'appeler à son aide, en cette circonstance, les départements et les communes; mais le projet de loi tout entier repose sur cette conviction, proclamée aujourd'hui de toutes parts, que le nombre des médecins est trop considérable, qu'on peut sans nulle crainte le réduire, soit en exigeant des étudiants le diplôme de bachelier ès sciences, soit en supprimant les officiers de santé, soit en augmentant d'une année la durée des études. S'il en est ainsi, pourquoi provoquer, à l'aide de moyens factices, l'augmentation de ce nombre, que, d'un autre côté, on cherche à abaisser? Ou le corps médical est au-dessous des besoins de la population, et alors il convient de conserver les deux ordres de médecins; ou il dépasse ces besoins, et dans ce cas les bourses seraient dangereuses, car elles feraient naître des

médecins inutiles, condamnés à l'inaction et à l'indigence.

La commission, tout en reconnaissant ce qu'il y a de généreux dans la proposition du gouvernement, n'a pas cru devoir l'accueillir, parce qu'elle pense que le malaise qui tourmente aujourd'hui le corps médical provient, non du trop petit nombre des médecins, mais de leur inégale répartition parmi les populations, et que le gouvernement a trouvé, dans l'institution des médecins cantonaux, dont nous allons parler, le meilleur moyen de vaincre la cause de cette injuste distribution de secours nécessaires à tous.

L'idée de créer un service médical en faveur des indigents de la campagne, pour suppléer par des soins à domicile au défaut d'hospices, de bureaux de charité ou de dispensaires, est déjà ancienne. A diverses époques, des écrivains, animés du sentiment de la vraie philanthropie, se sont attachés à montrer que, si la société doit mettre à la portée des habitants de la campagne les secours de la religion et les lumières de l'instruction primaire, c'est aussi pour elle un devoir de veiller à ce qu'ils ne restent pas privés des soins que réclame la conservation de leur santé et de leur vie. Ces vœux ne sont point demeurés complétement impuissants, et, dans quelques départements, des médecins ont été établis, qui, sous le nom de *médecins cantonaux*, sont chargés d'un service rural de santé, consistant à soigner gratuitement les indigents, à vacciner leurs enfants, à leur prodiguer, en un mot, toutes les ressources de leur art. Cette institution, encore au berceau parmi nous, tandis que l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne possèdent une organisation médicale permanente et spéciale qui y correspond à peu près, produit des résultats satisfaisants.

L'Alsace a apprécié la première l'influence heureuse des médecins cantonaux, dont la nomination et le payement ont été réglés, dans le département du Bas-Rhin, par des arrêtés du préfet en date du 31 octobre 1810 et du 30 juillet 1835. Dans ce département, comme dans le département du Haut-Rhin, ils sont nommés par la voie du concours; leurs fonctions durent huit ans, et leurs appointements varient de 600 à 1,200 fr. Nous citerons ensuite les départements de Saône-et-Loire et de la Haute-Saône, où depuis quatre ans cette institution a été fondée sur les bases les plus larges. Le conseil général de ce dernier département et les communes rivalisent de zèle et votent tous les ans des sommes suffisantes à l'entretien de ce service. Le conseil général d'Ille-et-Vilaine et celui de la Moselle viennent, dans leur dernière session, d'exprimer à l'unanimité le vœu que la loi dont nous nous occupons portât l'établissement de médecins cantonaux dans les campagnes.

L'expérience étant faite et ayant réussi, le gouvernement propose d'étendre l'institution, non pas immédiatement, mais selon le besoin constaté des localités, à toute la France. Nous ne dirons pas seulement que nous approuvons cette proposition; nous ajouterons que nous louons le gouvernement de l'avoir faite, car elle l'honore en montrant qu'aucun besoin, qu'aucune souffrance n'échappent à son active sollicitude.

Cependant, nous ne devons pas le cacher, la commission a reçu des réclamations contre le projet de créer des médecins cantonaux. Les auteurs de ces pétitions prétendent que les médecins cantonaux seront inutiles, parce qu'il n'est pas un praticien en France qui ne se fasse le devoir de soigner les malades pauvres; qu'ils seront dangereux, parce qu'ils établiront un corps privilégié dans l'ordre médical; que, sous une apparence de philanthropie, le gouvernement cache une pensée politique; que la dépense occasionnée par cette création sera énorme, etc. Plutôt que de répondre à ces critiques sans fondement, nous nous appliquerons à rassurer l'intérêt privé qui les a inspirées, en montrant quel sera le vrai caractère de cette institution, et combien peu les médecins établis ont de motifs pour voir dans les médecins cantonaux des rivaux redoutables.

Il ne s'agit pas de doter immédiatement les 2,846 cantons de la France de médecins; mais parmi ces localités, il en est un trop grand nombre privées absolument ou en grande partie des soins médicaux: la libéralité des conseils généraux pourvoira à une obligation dont les gens de l'art, quoi qu'on prétende, ne s'acquittent pas partout avec un dévouement et un désintéressement suffisants. Ce ne sont donc pas des concurrents que nous voulons susciter contre les médecins établis, mais des suppléants qu'il importe de leur donner, afin que l'on trouve dans chaque localité rurale un homme de l'art, comme on y trouve un desservant et un maître d'école. Ces médecins publics ne seront pas, plus que les médecins actuels des bureaux de charité, les antagonistes des médecins particuliers; car ils desserviront des cantons où ceux-ci n'ont pu encore s'établir et vivre convenablement. Il existe, dans les villes pourvues de riches hôpitaux, un service de santé à l'usage des indigents, et personne ne s'en est jamais plaint; comment pourrait-on refuser un pareil secours aux pauvres de la campagne, qui n'ont à leur portée aucun établissement de bienfaisance? La voix de l'humanité parle ici trop haut pour que nous puissions prêter l'oreille aux réclamations de l'intérêt personnel troublé par des frayeurs imaginaires.

Non-seulement nous accordons notre complet assentiment à la création des médecins cantonaux, mais nous regrettons de ne pouvoir proposer l'institution de pharmaciens du même genre ou au moins d'officines cantonales. La commission laissant la dépense à la charge des départements, afin de garantir le gouvernement contre des exigences abusives qui auraient bientôt défiguré l'institution, les conseils généraux auront à considérer s'il ne

conviendrait pas de mettre les médecins cantonaux en mesure de fournir gratuitement aux malades les remèdes simples et peu coûteux qui leur seraient nécessaires.

Le projet de loi attribue la nomination des médecins cantonaux aux préfets, qui détermineraient leur nombre et leur répartition, les conseils généraux entendus; mais ils ne seraient nommés que pour cinq ans.

La commission ne saurait acquiescer à cette dernière disposition, qui consacre, nous ne l'ignorons pas, l'usage établi en Alsace et dans certaines contrées de l'Allemagne. Un médecin cantonal, pour bien remplir ses devoirs, doit jouir avec sécurité de son état, et la crainte d'être révoqué s'il les négligeait garantira son zèle et son exactitude.

Les conseils généraux, faisant seuls et dans les limites exactes de leurs besoins la dépense, détermineront le nombre des médecins cantonaux, la circonscription qu'ils devront desservir, et qui ne coïncidera pas nécessairement avec celle du canton administratif, et enfin le lieu de leur résidence, afin qu'aucun médecin cantonal ne soit placé là où le service rural de santé serait suffisamment pourvu. La pensée qui nous préoccupe, après celle de venir en aide aux malheureux, est d'arriver à une répartition plus égale des gens de l'art au milieu des populations; nous ne pouvons pas, comme en Bavière et en Hanovre, fixer le nombre des médecins dans les villes : l'institution des médecins cantonaux reportera vers les campagnes les praticiens qui cherchent en vain, au sein des cités, des moyens d'existence.

Quant à la nomination de ces médecins, elle ne peut appartenir qu'aux préfets, qui les choisiront, non pas arbitrairement ou sur des recommandations suspectes, mais sur une liste de présentation, dressée par les conseils médicaux, dont il va être parlé, après examen et classement des candidats, suivant l'ordre de leur mérite.

Par ces amendements, les objections contre quelques dispositions de l'art. 40 du projet du gouvernement disparaîtront, et rien ne gênera plus l'approbation que doit obtenir la pensée conçue par M. le ministre de l'instruction publique d'acquitter une dette de la société envers la classe pauvre, laborieuse et si digne d'intérêt, qui habite nos campagnes.

TITRE VII.

Des conseils médicaux.

La pensée d'établir dans chaque département et, s'il y a lieu, dans les arrondissements, un conseil médical destiné, par ses attributions et par les fonctions qui pourront ultérieurement lui être dévolues, à représenter le corps médical vis-à-vis des autorités judiciaires et administratives, et peut-être vis-à-vis des médecins eux-mêmes, a été accueillie avec faveur, et il en devait être ainsi, car le corps médical sent le besoin qu'il a de s'organiser, de se fortifier et de faire cesser l'isolement où vit chacun de ses membres. Mais les vœux se sont étendus au delà des limites posées par le projet de loi. On a demandé que les conseils médicaux fussent munis d'un pouvoir disciplinaire, et, en conséquence, nommés par les médecins. Le moment n'est pas venu, ainsi que nous l'avons dit, de constituer de semblables autorités au sein d'une profession qui, aujourd'hui encore, vit dans un état complet d'indépendance, et où le sentiment de l'individualité domine. On ne franchit pas aussi rapidement l'espace qui sépare les deux points extrêmes d'une situation, et la prudence invite à se contenter de préparer ce qui pourra plus tard, si ce premier essai réussit, être affermi et étendu.

Les conseils médicaux, tels qu'ils sont proposés par le projet de loi, ont avant tout des attributions administratives; ils remplacent, pour la visite des officines de pharmacie, les jurys médicaux, dont la loi prononce, avec l'assentiment universel, la suppression; exécutent les mesures de police médicale prescrites par l'autorité, signalent les personnes coupables d'exercice illégal de la médecine, réunissent les documents relatifs à l'hygiène et à la statistique médicale, documents précieux et qui ne sont recueillis par personne en France. Ce sont donc, non pas des conseils représentatifs du corps médical, mais des agents spéciaux de l'administration, et en demandant de donner au ministre de l'instruction publique la nomination des médecins qui les composeront, le gouvernement montre son intention d'accroître l'importance de ces conseils, lorsque l'effet de leur institution première aura été apprécié. La commission approuve la pensée du projet de loi, ainsi que les restrictions apportées à sa complète réalisation, et lorsqu'elle propose d'attribuer à ces conseils l'examen des médecins cantonaux, et d'admettre leurs membres à former une des catégories parmi lesquelles le ministre choisira les adjoints aux jurys de concours pour les chaires vacantes dans les facultés, elle manifeste sa confiance dans l'avenir de cette institution.

TITRE VIII.

Des pénalités.

L'insuffisance des peines prononcées contre l'exercice illégal de la médecine par la loi du 19 ventôse an XI et la molle application de ces peines, malgré la fréquence du délit, ont, depuis un grand nombre d'années, suscité des plaintes si nombreuses et si justes, qu'il est surprenant que le législateur n'ait pas plus tôt songé à y faire droit. Une pénalité sévère, mais sagement graduée, afin que les tribunaux ne reculent pas devant son application, est de tous les changements que le gouvernement propose, le plus nécessaire et le plus universellement réclamé.

La loi de l'an XI propose une amende indéterminée contre ceux qui exerceraient la médecine ou l'une de ses branches, sans titre régulier; une amende de 1,000 fr. au maximum contre ceux qui prendraient illégale-

ment le titre et exerceraient la profession de docteur ; de 500 fr. contre ceux qui se qualifieraient indûment d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité ; de 100 fr. pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements. L'amende doit être du double en cas de récidive, et les délinquants peuvent être en outre condamnés à un emprisonnement qui ne doit pas excéder six mois.

Il résulte de ces dispositions pénales que l'exercice de la médecine sans titre légal ne peut être puni que d'une amende de simple police, lorsqu'il n'y a pas eu usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé ; or, ce délit est le plus habituel, et les tribunaux se trouvent souvent désarmés lorsqu'ils voudraient le punir efficacement.

La peine pécuniaire est donc la base du système répressif de la loi du 19 ventôse an XI, et la peine corporelle, l'exception ; cependant une amende ne retiendra jamais ces charlatans, ces empiriques, ces faux médecins auxquels la crédulité et la confiance aveugle de leurs dupes fournissent amplement les moyens de se libérer envers le fisc. Le projet du gouvernement, au contraire, rejette l'amende et adopte une seule peine corporelle, celle de six mois à deux ans d'emprisonnement ; et, en cas de récidive, de deux à cinq ans, contre toute infraction à ces dispositions. Ainsi, quiconque exerce la médecine ou l'une de ses branches sans être muni du diplôme de docteur ou d'un brevet spécial ; quiconque prend indûment un titre indiquant l'aptitude à exercer l'une des branches de la médecine ou un titre médical non reconnu par la loi ; quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme de docteur ; quiconque étant médecin forme une association avec un pharmacien ou réciproquement ; quiconque étant officier de santé prend le titre de docteur ; quiconque exerce la médecine se trouvant dans une des catégories d'incapacité établies par la loi, doit être puni de cette peine invariable de six mois à deux ans d'emprisonnement. Cependant ces délits sont de nature très différente, et il n'est pas possible de placer sous la même ligne de culpabilité le docteur qui exerce la médecine avant d'avoir fait enregistrer son diplôme au secrétariat de l'Académie ou au parquet de la Cour royale, et l'intrus qui l'exerce sans diplôme aucun, celui qui exerce sans titre et celui qui exerce en dépit d'une déclaration d'indignité. Il devenait donc nécessaire d'établir une relation plus étroite entre les peines et les délits. La commission croit y être parvenue dans le système nouveau qu'elle propose, où elle applique l'emprisonnement et l'amende soit cumulativement, soit séparément, selon que les actes à réprimer sont plus ou moins coupables.

Dans la pensée de la loi, le délit principal est l'exercice de la médecine en cas d'incapacité légale ; nous proposons de punir ce délit par un emprisonnement d'un à trois ans.

Le délit ordinaire est l'exercice illégal, c'est-à-dire sans le diplôme de docteur, ou sans un brevet spécial de la médecine ou de l'une de ses branches, quelle qu'elle soit : une peine de six mois à deux ans d'emprisonnement punira cette infraction. La même peine, augmentée d'une amende de 300 à 3,000 fr. servira également à réprimer ces associations entre médecins et pharmaciens qui, en vue d'un odieux bénéfice, menacent la santé des citoyens.

L'omission de la formalité de l'enregistrement du diplôme de docteur ou d'un brevet spécial qui donne le droit d'exercer sera puni par une amende de 50 à 500 fr., mais nous proposons d'en prononcer une de 200 à 1,000 fr. contre les contrevenants à la défense de faire annoncer des consultations et des méthodes prétendues nouvelles ou particulières de traitement médical.

En cas de récidive, les tribunaux ont la faculté, mais ne sont pas contraints comme dans le projet du gouvernement, d'élever la peine au double.

L'article 51 définit les caractères constitutifs de la récidive, l'article 52 spécifie dans quels cas les délits pourront être annulés, enfin l'article 53 autorise les tribunaux à faire l'application, quand il y aura lieu, de l'article 463 du Code pénal sur l'abaissement des peines.

Ces dispositions sont simples, convenablement proportionnées aux délits et conformes aux principes adoptés par notre Code pénal. L'exercice illégal de la médecine est aujourd'hui très imparfaitement réprimé, et l'on peut dire qu'il y a plus de médecins en France qui ne le sont pas, qu'il n'y en a qui le sont. Nous espérons que les tribunaux ne balanceront point à punir ce que la loi réprouve, et qu'ils comprendront que le sort de cette loi dépend de leur juste sévérité.

Nous invoquons cette sévérité contre la fraude et la cupidité, de quelque voile qu'elles se couvrent ; mais nous ne comprendrions pas, quoiqu'on l'ait demandé, que l'application de la loi vînt enchaîner le dévouement de ces saintes et vénérables sœurs de charité, qui ne peuvent voir une douleur délaissée sans courir à elle pour lui porter les secours qu'elles possèdent et les consolations que la religion leur inspire. Ce n'est pas l'art médical qu'elles exercent, mais la plus sublime de toutes les vertus, celle dont elles portent le nom. Que leur dévouement reste donc sous la sauvegarde d'une loi qui n'a de rigueurs que contre l'imposture.

TITRE IX.

Dispositions générales.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, le projet de loi du gouvernement contient un grand nombre de dispositions purement réglementaires, qui, sans utilité, puisque leur unique objet est de constater un droit dont personne ne peut nier la légitimité, ont en outre l'inconvénient d'enlever à ce projet le mérite, si nécessaire aux lois, de la simplicité et de la concision. Ces nombreuses dispositions concernent :

Le programme de l'enseignement dans les fa-

cultés et dans les écoles, la suite et la répartition des études, les épreuves probatoires de toute nature, pendant le cours et à la fin des études, et les externats obligatoires des étudiants en médecine dans les hôpitaux (art. 10 et 13);

Les dédoublements de cours, les cours auxiliaires ou accessoires (art. 13), et la durée des cours de clinique (art. 22);

Les changements que pourra nécessiter l'enseignement des élèves sages-femmes (art. 4);

Le nombre des agrégés et leurs fonctions (art. 15);

Les matières du concours pour l'agrégation (art. 19);

L'établissement, dans chaque faculté, d'un laboratoire de chimie pathologique et de micrographie (art. 23);

L'emploi de six années d'études prescrites aux étudiants en pharmacie (art. 31);

La matière et le nombre des épreuves probatoires dans les écoles de pharmacie (art. 32);

Le prix des inscriptions, examens, diplômes dans les facultés, les écoles préparatoires et les écoles de pharmacie (art. 10 et 31);

Si l'on excepte cette dernière disposition, qui, par sa nature, réclame une garantie plus solennelle qu'un simple règlement, les autres rentrent évidemment dans les attributions du ministre de l'instruction publique délibérant en Conseil royal de l'Université, et, s'il est nécessaire de donner au droit du ministre une sanction nouvelle, il faut la donner générale, afin qu'on ne puisse supposer qne ce qui ne lui a pas été attribué, lui a été retiré. Mais nous devons aller au-devant de deux objections sérieuses qui ont été faites et qui, sans doute, seront produites. L'une se rapporte au programme de l'enseignement médical, l'autre à l'existence légale du Conseil royal de l'Université.

L'enseignement médical est une condition imposée par la loi aux citoyens qui veulent exercer la profession libre de médecin. Cette condition, utile, nécessaire, restreint cependant leurs droits et leur impose de lourds sacrifices; est-il conforme aux principes de notre gouvernement de laisser le ministre, fût-il entouré de son Conseil, en déterminer les limites, et, par l'adoption d'un programme, rendre plus ou moins facile aux citoyens l'accès de la profession médicale? Ce droit n'appartient-il pas essentiellement au pouvoir législatif?

La réponse est celle-ci : La rédaction d'un programme d'enseignement n'a pas d'autre caractère que celui d'une opération scientifique, à laquelle le pouvoir législatif est absolument impropre. S'il essayait ses forces à cette œuvre, il s'apercevrait bientôt de son impuissance et se bornerait à poser quelques jalons incertains qui ne pourraient pas même guider, loin de le contraindre, le pouvoir chargé de l'exécution. Que si, à l'aide d'une science empruntée, il traçait, comme le législateur de l'an XI eut le tort de le faire, les limites précises de l'enseignement, il condamnerait cet enseignement à rester stationnaire ou à violer ses prescriptions. Nous sommes loin de prétendre que le pouvoir législatif doit demeurer étranger à un objet aussi intéressant pour les citoyens. En lui réservant de fixer la durée des études, nous lui accordons, en définitive, la direction réelle de l'enseignement, la tutelle des intérêts privés, la garde de ce qui lui appartient en propre, car nous ne contestons sa suprématie que dans le domaine de la science. Malgré les exemples que l'on peut citer, nous croyons cette première objection sans force et puisée dans une véritable confusion d'idées.

La seconde s'est plus d'une fois présentée dans les Chambres et y a fait prévaloir une opinion qui est aujourd'hui accueillie presque généralement. L'art. 69 de la Charte, en annonçant, dit-on, une loi sur l'instruction publique, a mis en question l'existence même du Conseil royal de l'Université; convient-il, alors que cette loi organisatrice n'est pas encore rendue, et dans une loi spéciale, de conférer des attributions à ce Conseil, dont le sort est problématique? Nous répondrons ce qui fut répondu en 1833 lors de la discussion de la loi sur l'instruction primaire, qui délègue aussi certains pouvoirs au Conseil royal, à savoir, que nous prenons le Conseil dans la situation où il se trouve, sans préjuger aucunement ce que la loi future pourra décider à son égard. Si cette loi consacre l'autorité dont il jouit en ce moment, les dispositions de notre loi qui le concernent recevront naturellement leur effet; si elle restreint son autorité, elle abrogera par cela même plusieurs de ces dispositions; enfin elle les révoquera toutes si elle prononce sa suppression.

La question reste donc entière, et l'on ne pourra pas plus arguer pour ou contre l'existence du Conseil royal, de la loi sur l'enseignement de la médecine, que l'on ne peut se prévaloir, dans ce but, de la loi sur l'enseignement primaire ni des lois de finances qui chaque année allouent les fonds nécessaires au soutien de cette institution.

Ces explications étant données, il ne nous reste plus qu'à faire connaître les motifs de l'art. 54 du projet de loi.

Le gouvernement propose dans son art. 22, de déclarer que les rapports des administrations des hôpitaux avec l'enseignement public seront déterminés par une ordonnance du roi portant règlement d'administration publique. En effet, les administrations des hôpitaux et des écoles de médecine considèrent les hôpitaux sous deux aspects différents, et de cette diversité de vues sont nés des conflits regrettables que le gouvernement se proposait de faire cesser, au moins sur un point, en déclarant, dans son art. 22, que les cours de clinique devraient embrasser l'année scolaire. Nous renvoyons à une ordonnance du roi portant règlement d'administration publique, tout ce qui concerne cette matière si grave pour l'enseignement expérimental. Le ministre de l'instruction publique et le ministre de l'intérieur, éclairés par les lumières du Conseil d'État, trouveront les moyens d'accorder de plus grandes facilités aux études sans nuire à l'ordre et à la convenance qui doivent régner dans ces asiles ouverts à la douleur. L'ordonnance fixera les droits des professeurs particuliers; non pas que nous pensions que le pre-

mier docteur venu puisse aller s'établir de plein droit dans une salle d'hôpital pour y faire un cours de clinique, mais les médecins et les chirurgiens des hôpitaux pourraient, sous certaines conditions, ouvrir, sans inconvénient pour les malades et au grand profit de l'enseignement officiel, des cours de ce genre. Il est désirable que les études cliniques deviennent, même à Paris, où elles ont en quelque sorte pris naissance, plus générales et plus fortes, et que divers hôpitaux ne restent pas sans élèves, tandis que ceux du centre regorgent d'étudiants, dont quelques-uns seulement profitent des leçons et des observations du professeur. Les cliniques libres procureront cet avantage.

Des ordonnances du roi, rendues dans la même forme, fixeront le prix des inscriptions, examens et diplômes dans les écoles de médecine et de pharmacie. Il s'agit ici, à vrai dire, d'une sorte d'impôt dont nous ne pouvons laisser la limitation à des règlements particuliers. Nous appelons sur cette matière la délibération du Conseil d'État, en exprimant le vœu que les frais d'études médicales soient notablement abaissés. La totalité des sommes à payer pour le doctorat est de 1,150 francs. Lorsque deux classes de médecins existaient, cette taxe, prélevée sur la classe supérieure, n'était peut-être pas excessive : elle le deviendrait le jour où la fusion des deux ordres serait opérée. Ajoutons que les frais nécessaires pour obtenir le diplôme de licencié en droit ne s'élèvent qu'à 864 francs, et que l'art. 10 du gouvernement annonce l'intention d'égaliser les frais d'études dans les écoles de médecine et de droit.

Par les raisons expliquées précédemment, nous reconnaissons au ministre le droit de pourvoir, par des règlements particuliers, délibérés en Conseil royal de l'Université, à l'exécution de la présente loi en ce qui concerne l'enseignement, les concours, les conditions d'études pour la médecine et la pharmacie, et la durée des internats obligatoires des étudiants en médecine dans les hôpitaux. La seule objection contre cet article final serait de dire qu'il est sans utilité, et que le pouvoir exécutif exercerait ce droit lors même que nous ne le lui aurions pas positivement attribué : cependant nous croyons devoir prévenir, par une déclaration explicite, l'interprétation que l'on pourrait peut-être donner à la suppression de plusieurs articles du projet du gouvernement qui nous ont paru devoir trouver place dans la loi.

Nous venons, messieurs, de vous faire connaître, avec toute la précision que nous avons pu y apporter, le caractère du projet de loi et l'objet de chacun de ses articles. Vous pouvez maintenant décider si ce projet, réclamé et promis depuis tant d'années, préparé lentement et avec une mûre réflexion, répond, nous ne dirons pas à tous les vœux exprimés par des esprits qui donnaient libre carrière à leurs désirs, mais aux nécessités réelles du corps médical, dont l'organisation défectueuse et l'état de souffrance contrastent péniblement avec la situation régulière et heureuse des autres professions libérales.

Le projet de loi se prononce à la fois sur l'enseignement et sur l'exercice de la médecine; mais, grâce aux améliorations introduites depuis vingt années avec la persévérance la plus intelligente dans les diverses parties de l'enseignement médical, et qui ont placé la Faculté de Paris à la tête de toutes les écoles de médecine du monde, le projet de loi se contente, sauf en ce qui regarde l'institution du concours, de couvrir de la sanction légale les développements donnés par l'expérience à la législation de l'an XI. La partie la plus importante est donc celle qui se rapporte à l'exercice de la médecine. L'abolition de la classe des officiers de santé et des jurys médicaux, la création des Conseils médicaux et des médecins de canton, l'établissement d'une répression efficace de l'exercice illégal de la médecine, et de catégories d'incapacités nécessaires à l'honneur de tout médecin digne de ce nom, tels sont les moyens nouveaux et, à notre avis, suffisants que le gouvernement présente pour donner à la profession médicale la cohésion et la force qui lui manquent, et faire droit, dans la mesure de ce qui est possible et utile, à ses doléances. Mais, en semblable matière, le législateur ne possède pas un pouvoir sans limite, et il est nécessaire que le corps médical lui prête un concours sincère pour triompher en commun des difficultés que rencontrent toujours les lois et les institutions nouvelles. Ce concours ne lui manquera pas, et les médecins français comprendront que cette loi, supérieure à toutes celles qui régissent leur profession dans les autres États de l'Europe, satisfait à leurs premiers intérêts, à leurs véritables besoins, sinon à toutes leurs demandes, et restera comme un témoignage manifeste de la justice et de la bienveillance du gouvernement et des Chambres à leur égard.

Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et sur l'enseignement de la pharmacie, amendé par la commission de la Chambre des pairs.

TITRE Ier.

De l'enseignement de la médecine.

Art. 1er. L'enseignement médical est donné par les facultés de médecine et par les écoles préparatoires.

L'enseignement des facultés comprend toutes les parties des études médicales.

L'enseignement des écoles préparatoires comprend les deux premières années d'études, ou les trois premières dans les écoles placées au siége d'une faculté des sciences. A l'égard de ces deux ou de ces trois années, il est aussi complet que pour celui des facultés.

Les facultés délivrent seules le diplôme de docteur.

Art. 2. Les écoles préparatoires seront mises successivement à la charge de l'Etat. Le matériel et les collections resteront à la charge des communes.

Art. 3. Les facultés se composent de professeurs et d'agrégés.

Les écoles préparatoires se composent de professeurs et d'agrégés des facultés, ou, à défaut d'agrégés des facultés, de suppléants spéciaux, qui ont le rang des agrégés de l'instruction secondaire et remplissent dans les écoles toutes les fonctions des agrégés près des facultés.

Art. 4. Les agrégés sont nommés pour six ans; après ce temps, ils sont degagés de leurs obligations. Leur nombre ne peut excéder celui des professeurs.

Les agrégés libres restent membres de l'Université et conservent les droits déterminés par l'art. 5. Ils cessent de recevoir le traitement de l'agrégation, à moins qu'ils ne se soient fixés près d'une école préparatoire et n'aient été admis à y faire le même service qu'auprès des facultés.

Les agrégés titulaires peuvent toujours, dans le cours des six années de leur service, s'établir près des écoles préparatoires en y continuant le service qu'ils devraient aux facultés.

Art. 5. Les professeurs et les agrégés des facultés sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Nul n'est admis à concourir pour l'agrégation s'il n'est Français, âgé de 25 ans et docteur en médecine.

Les étrangers reçus docteurs dans une faculté française et âgés de 25 ans sont admis à concourir avec l'autorisation du ministre.

Nul n'est admis à concourir pour les chaires de professeurs vacantes dans les facultés, s'il n'est agrégé en médecine ou professeur dans une école préparatoire, à moins qu'il ne soit membre de l'Académie royale des sciences, membre de l'Académie royale de médecine, médecin ou chirurgien en chef d'hôpital civil ou militaire dans une ville de plus de 20,000 âmes.

Les licenciés ès sciences, naturelles ou physiques, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont admis à concourir aux chaires de pharmacie et chimie, de physique, de toxicologie et d'histoire naturelle, vacantes dans les facultés.

Les professeurs et agrégés des facultés des sciences, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont admis à concourir pour lesdites chaires.

Les candidats à la chaire de pharmacie, dans les facultés, doivent en outre justifier du diplôme de pharmacien, quelle que soit la catégorie d'admissibilité à laquelle ils appartiennent.

Chaque faculté peut admettre au concours ouvert pour une chaire de professeur vacante dans son sein un nombre déterminé de docteurs en médecine, non compris dans les catégories sus-indiquées. Ce nombre est fixé au plus à six pour la Faculté de Paris, à quatre pour celle de Montpellier, et à trois pour celle de Strasbourg.

Art. 6. Les professeurs et suppléants des écoles préparatoires sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Nul n'est admis à concourir pour les chaires de professeur et de suppléant dans ces écoles, s'il n'est Français, âgé de vingt-cinq ans et docteur en médecine.

Les étrangers reçus docteurs dans une faculté française et âgés de vingt-cinq ans sont admis à concourir, avec l'autorisation du ministre.

Les candidats aux chaires de pharmacie et chimie, et d'histoire naturelle médicale, doivent justifier en outre du diplôme de pharmacien.

Art. 7. Les concours pour les chaires vacantes dans les facultés ont lieu au siége des facultés.

Les concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires ont lieu au siége de ces écoles. Le ministre peut les fixer au siége des facultés.

Les concours pour les suppléances ont lieu au siége des écoles préparatoires.

Art. 8. Pour les concours de tout ordre, des arrêtés du ministre de l'instruction publique, publiés au moins trois mois à l'avance, déterminent le nombre des places mises au concours, notamment les membres adjoints au jury, et, quand il y a lieu, font connaître les conditions spéciales du concours.

La liste des candidats est close par le ministre de l'instruction publique, en Conseil royal de l'Université, après vérification des titres d'admissibilité des candidats.

La vérification de la régularité des nominations a lieu également en Conseil royal de l'Université.

Art. 9. Le jury de concours pour les chaires vacantes dans une faculté se compose :

1° De professeurs de la faculté, choisis par le ministre suivant la nature des chaires mises au concours;

2° De membres adjoints, désignés préalablement par le ministre de l'instruction publique dans l'Académie royale des sciences, l'Académie royale de médecine, les facultés des sciences, les écoles supérieures de pharmacie, et parmi les agrégés libres des facultés, les membres des conseils médicaux institués par la présente loi, et les médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux civils ou militaires, dans les villes de plus de 20,000 âmes.

Le nombre des adjoints sera de la moitié de celui des professeurs de la faculté, membres du jury.

Le jury de concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires se compose de professeurs ou agrégés de la faculté de la circonscription, de professeurs de l'école et de membres designés par le ministre dans l'ordre de la médecine ou des sciences.

Le jury de concours pour l'agrégation se compose de professeurs choisis dans les facultés et d'agrégés en exercice ou libres.

Art. 10. Les permutations de chaires entre les professeurs d'une même faculté, ou de deux facultés différentes, d'une même école préparatoire ou de deux écoles préparatoires, peuvent être autorisées, après délibération des facultés ou des écoles, par le ministre de l'in-

struction publique en Conseil royal de l'Université.

En cas de vacance d'une chaire dans une faculté ou dans une école préparatoire, le ministre, après délibération de la faculté ou de l'école, peut décider, en Conseil royal de l'Université, qu'il y a lieu d'appeler à cette chaire un professeur d'une autre faculté ou d'une autre école.

Il peut, dans les mêmes formes, appeler aux chaires de chimie et d'histoire naturelle médicale un professeur des facultés des sciences, pourvu d'un diplôme de docteur en médecine,

Toutefois, et quelle que soit l'application des dispositions précédentes, il y aura nécessairement deux chaires au moins données au concours, sur trois vacances dans chaque faculté et dans chaque école préparatoire.

Art. 11. Le ministre de l'instruction publique peut, après délibération de la faculté ou de l'école préparatoire, mettre à la retraite les professeurs qui, à raison de leur âge ou de leurs infirmités, sont hors d'état de remplir leurs fonctions, soit sur leur demande, soit sur la proposition des inspecteurs généraux ou des doyens.

Art. 12. Tout docteur en médecine peut ouvrir un cours sur quelque partie que ce soit des sciences médicales, un mois après avoir déposé son programme, contenant l'indication de l'objet du cours, du lieu et de l'heure où il sera fait : 1° à la mairie de la commune où le cours devra être ouvert, et, à Paris, à la préfecture de police ; 2° au chef-lieu de l'académie, si dans cet intervalle le recteur n'a pas formé opposition devant le conseil académique, dans l'intérêt des mœurs publiques. Il peut être appelé de la décision du conseil académique par la partie seulement à la cour royale, qui statue en la première chambre civile, à huis clos et contradictoirement.

TITRE II.

Des conditions d'études de la médecine.

Art. 13. La durée totale des études pour le doctorat est de quatre années, non compris le temps des épreuves.

Art. 14. Nul n'est admis à prendre sa première inscription en médecine, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, s'il n'est bachelier ès lettres. Les élèves qui ont échoué dans les épreuves du baccalauréat peuvent être autorisés à prendre provisoirement la première inscription, jusqu'à de nouvelles épreuves. Lesdits élèves ne sont admis, en aucun cas, à prendre la deuxième inscription, s'ils n'ont justifié effectivement du baccalauréat ès lettres.

Nul n'est admis à prendre la cinquième inscription, dans une faculté ou dans une école préparatoire placée au siége d'une faculté des sciences, s'il n'est bachelier ès sciences.

Les élèves qui ont fait leurs deux premières années d'études près des écoles préparatoires, dans les villes dépourvues de faculté ès sciences, sont autorisés à ne justifier du baccalauréat ès sciences que dans le délai d'un an, à dater de leur inscription dans la faculté.

Art. 15. Le Français et l'étranger qui ont étudié dans des facultés étrangères peuvent faire compter pour la moitié, dans une faculté française, leur temps d'études, en restant, quant au surplus, soumis à toutes les conditions imposées aux étudiants français.

Art. 16. Les aspirants au titre d'officier de santé, qui justifieront devant les préfets des départements d'une année d'études dans les facultés, ou de deux années dans les écoles préparatoires, ou de trois années dans les hôpitaux, ou de quatre années sous un docteur, seront recevables, après avoir complété leurs études, conformément à l'art. 13 de la loi du 17 mars 1803 (19 ventôse an XI), à se présenter devant l'école préparatoire ou devant la faculté compétente, pour y obtenir, s'il y a lieu, une commission d'officier de santé.

Les aspirants au titre d'officier de santé qui auront étudié une année dans les facultés ou deux années dans les écoles préparatoires, pourront, s'ils sont bacheliers ès lettres et ès sciences, se présenter aux épreuves du doctorat devant les facultés, après avoir complété les quatre années d'études.

Art. 17. Les aspirants au brevet de dentiste doivent avoir fait un stage de quatre années chez un dentiste régulièrement établi, ou deux années d'études, soit dans une école préparatoire, soit dans une faculté. Deux années de stage comptent pour une année d'études. Dans tous les cas, ils devront subir deux examens spéciaux.

Art. 18. Nulle n'est élève sage-femme, et admise en cette qualité à suivre le cours d'accouchements, si elle est âgée de moins de dix-huit ans ou de plus de trente-six; si elle ne sait lire et écrire correctement, et si elle n'est déclarée admissible, sous le rapport de la moralité, par la délibération du conseil municipal du lieu de son domicile.

Art. 19. La durée des études pour obtenir le brevet de sage-femme est de deux années. Les élèves doivent subir deux examens.

TITRE III.

De l'enseignement de la pharmacie.

Art. 20. L'enseignement de la pharmacie est donné par les écoles préparatoires de médecine, lesquelles portent le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et par les écoles supérieures de pharmacie.

Les écoles supérieures de pharmacie délivrent seules le diplôme de pharmacien. Elles sont composées de professeurs et d'agrégés.

L'organisation des agrégés de pharmacie est celle des agrégés des facultés de médecine. Ils prennent rang immédiatement après ces derniers, et remplissent dans les écoles supérieures les mêmes fonctions.

Art. 21. Les professeurs des écoles supérieures de pharmacie sont nommés par le ministre de l'instruction publique, d'après une liste de trois candidats présentés, l'un par

l'Académie royale des sciences, le second par l'école supérieure de pharmacie où la chaire est vacante, et le troisième par la faculté de médecine établie dans la même ville.

L'école de pharmacie et la Faculté de médecine peuvent présenter le même candidat.

Les professeurs seront institués par le ministre de l'instruction publique.

Art. 22. Les agrégés des écoles supérieures de pharmacie sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Le jury de concours est composé de professeurs des écoles supérieures désignés par le ministre. Il peut y être adjoint des professeurs des facultés de médecine et des facultés des sciences.

Art. 23. Nul n'est admis à concourir pour l'agrégation de pharmacie s'il n'est Français, âgé de vingt-cinq ans et pourvu du diplôme de pharmacien et de celui de licencié ès sciences physiques ou naturelles.

L'étranger, âgé de vingt-cinq ans et pourvu des deux diplômes susdits, est admis à concourir avec l'autorisation du ministre.

TITRE IV.

Des conditions d'études de la pharmacie.

Art. 24. Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien durent six années, qui se composent :

Soit de quatre années de stage officinal et de deux années de cours dans une école supérieure;

Soit de trois années de stage officinal et de trois années de cours, dont les deux dernières doivent être suivies dans une école supérieure.

Art. 25. Nul ne peut être admis à prendre ses inscriptions dans une école préparatoire ou supérieure, s'il n'est bachelier ès lettres.

Art. 26. Les pharmaciens reçus antérieurement par les jurys médicaux qui voudraient à l'avenir être reconnus pharmaciens de première classe sont autorisés à soutenir une épreuve spéciale devant les écoles supérieures, à la suite de laquelle ils recevront, s'il y a lieu, un diplôme de pharmacien.

Art. 27. Les aspirants au titre de pharmacien de seconde classe qui, à l'époque de la promulgation de la présente loi ou à l'expiration de l'année scolaire suivante, rempliraient les conditions actuellement exigées pour soutenir les épreuves devant les jurys médicaux, seront admis aux examens devant les écoles supérieures ou devant les écoles préparatoires, sans d'autres frais que ceux qui auraient été exigés pour la réception devant les jurys médicaux.

Ceux de ces aspirants qui, à la même époque, justifieraient de six années de stage officinal, ne seront tenus de suivre les cours mentionnés à l'art. 24 que pendant un an.

Ceux qui, lors de la promulgation de la présente loi, justifieraient de quatre années de stage officinal, ou de deux années de stage et d'une année de cours, pourront encore être reçus pharmaciens de deuxième classe par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie dès qu'ils auront complété le temps d'études actuellement exigé pour se présenter aux examens de pharmaciens de cet ordre.

Ceux qui seraient déjà en cours d'examen, ou qui auraient été ajournés, pourront continuer à soutenir leurs épreuves devant les écoles préparatoires pendant le laps d'une année. L'ajournement pourra s'étendre à trois mois, six mois ou un an au delà de cette époque, suivant l'appréciation faite par les juges du mérite du candidat.

TITRE V.

De l'exercice de la médecine.

Art. 28. Sont déclarés incapables d'exercer la médecine ni aucune des branches de la médecine :

1° Ceux qui seront condamnés à des peines afflictives ou infamantes;

2° Ceux qui seront condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les art. 316, 317, 320 à 335, 345, 349 à 353 du Code pénal, 41 et 45 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement.

Sont pareillement déclarés incapables d'exercer la médecine les médecins condamnés en vertu de l'art. 338 du Code pénal, lorsqu'ils auront donné des soins à la femme dont ils seront reconnus les complices.

Les cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ni aucune des branches de la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi.

Le même pouvoir est accordé aux tribunaux correctionnels, mais seulement en cas de condamnation pour les délits prévus par les articles 378, 400, 406, 407 et 408 du Code pénal.

Art. 29. Nul ne peut exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine en France s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur ou d'un brevet spécial, et s'il ne l'a fait enregistrer au secrétariat de la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile.

Art. 30. Nul ne peut prendre un titre indiquant l'aptitude à exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur ou d'un brevet spécial, enregistré comme il est dit en l'article précédent.

Art. 31. Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine en France qu'après s'être présentés devant une des facultés du royaume, pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur. Ils ne seront admis à subir ces épreuves qu'en produisant un certificat de bonnes vie et mœurs, et la preuve qu'ils ont

exercé au moins pendant cinq ans à l'étranger.

Art. 32. Le médecin étranger qui, pour de grands services rendus à la science, aurait été admis, conformément au sénatus-consulte du 19 février 1808, à jouir des droits de citoyen français, sera dispensé des épreuves indiquées en l'article précédent.

Art. 33. Les officiers de santé, reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an II), ainsi que les médecins et chirurgiens dûment autorisés, continueront d'exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission.

Les officiers de santé qui, au moment de la promulgation de la présente loi, compteront six années d'exercice, pourront se présenter devant une faculté pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur.

Art. 34. La loi ne reconnaît pas d'autres professions spéciales, dans l'art médical, que celle de dentiste et de sage-femme.

Art. 35. Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est docteur en médecine, ou s'il ne justifie d'un brevet spécial, délivré par une faculté ou par une école préparatoire et enregistré conformément à l'art. 29.

Art. 36. Quiconque exerce actuellement, sans être pourvu du diplôme de docteur, la profession de dentiste, devra se pourvoir d'un brevet, dans le délai d'un an, à dater de la promulgation de la présente loi, et le faire enregistrer conformément à l'art. 29.

Art. 37. Nulle ne peut exercer la profession de sage-femme si elle n'est pourvue d'un brevet spécial, délivré par une faculté de médecine ou par une école préparatoire, et enregistré conformément à l'art. 29.

Art. 38. Les brevets de sage femme, délivrés antérieurement à la promulgation de la présente loi par les jurys médicaux, continueront d'avoir leur effet.

Art. 39. Nul ne peut continuer d'exercer une profession spéciale dans l'art médical, autre que celles de dentiste et de sage-femme, s'il n'est pourvu d'une autorisation régulière.

Art. 40. Un délai d'un an, à dater de la promulgation de la présente loi, est accordé à ceux qui exercent les professions spéciales indiquées en l'article précédent, pour se présenter devant les facultés ou les écoles préparatoires à un examen, après lequel, s'il y a lieu, ils recevront transitoirement, sous la forme de brevet spécial, une autorisation régulière qui sera enregistrée conformément à l'art. 29.

Art. 41. Les orthopédistes et bandagistes, qui ne sont pas docteurs, ne peuvent délivrer aucun appareil quelconque s'il n'a été spécialement et régulièrement ordonné par un médecin. Ils ne peuvent appliquer aucun appareil que sous les yeux d'un médecin et en vertu de ses ordonnances. Ils ne peuvent tenir de maisons pour le redressement de la taille qu'avec l'assistance et sous la responsabilité d'un médecin.

Art. 42. Les professions médicales sont incompatibles avec celle de pharmacien. Toute association publique ou secrète de ceux qui exercent ces professions avec des pharmaciens est interdite.

Néanmoins, tout praticien domicilié dans une commune où il n'y a point de pharmaciens à une distance de 4 kilomètres pourra tenir des médicaments, sous la condition de les prendre dans une officine régulièrement établie, dont ils porteront l'étiquette, et de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements sur la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 43. Est interdite toute annonce par la voie des journaux, prospectus, affiches, enseignes, avis imprimés et distribués, ayant pour objet d'indiquer des consultations ou une méthode particulière de traitement médical.

Art. 44. Tout médecin ou pharmacien doit le concours de son art à la justice, lorsqu'il est requis par le magistrat compétent, et qu'il n'a pas d'excuses valables.

TITRE VI.

Des médecins cantonaux.

Art. 45 Dans les départements où les localités manqueraient de médecins, les préfets pourront proposer aux conseils généraux d'y établir des médecins cantonaux, qui seront chargés de visiter les indigents reconnus comme tels par l'autorité municipale, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de vacciner gratuitement, de faire toutes les opérations de médecine légale qui leur seraient confiées par la justice ou par l'administration, et de transmettre aux conseils médicaux les faits et documents relatifs à la science et à l'hygiène publique, qu'ils auraient recueillis.

Art. 46. Les médecins cantonaux seront nommés par les préfets, sur une liste dressée par les conseils médicaux des départements, après examen et classement des candidats.

L'étendue de la circonscription qu'ils devront desservir, le lieu de leur résidence et leur traitement, seront fixés par les conseils généraux, sur la proposition des préfets.

TITRE VII.

Des conseils médicaux.

Art. 47. Les jurys médicaux sont supprimés. Des conseils médicaux, composés, en nombre proportionné aux besoins du service, de deux tiers de médecins et d'un tiers de pharmaciens, nommés pour cinq ans, seront institués dans chaque département, et, s'il y a lieu, dans les arrondissements, par le ministre de l'instruction publique.

Art. 48. Les conseils médicaux, dans les départements qui n'ont point d'écoles supérieures de pharmacie ou d'écoles préparatoires, remplissent, par ceux de leurs membres que l'administration désigne, les fonctions attribuées aux jurys médicaux pour la visite des officines de pharmacie.

Les conseils reçoivent et vérifient l'acte de dépôt prescrit par l'art. 29.

Ils dressent la liste des praticiens ainsi vé-

rifiés, et l'adressent pour la publication aux autorités compétentes.

Ils signalent aux autorités administratives et judiciaires les personnes qui exerceraient, dans le département, la médecine ou une des branches de la médecine, sans titre légal, ou qui auraient contrevenu aux dispositions de l'art. 43.

Ils exécutent les mesures de police médicale prescrites par l'autorité, ainsi que les opérations de médecine légale qui leur sont confiées par la justice.

Ils surveillent l'exécution des règlements relatifs au stage des élèves dans les officines, ou, s'il y a lieu, dans les hôpitaux.

Ils réunissent les documents relatifs à l'hygiène et à la statistique médicale du département, et exécutent les missions scientifiques ou médicales qui leur sont données par l'administration.

TITRE VIII.

Des pénalités.

Art. 49. Seront punis :

1° De six mois à deux ans d'emprisonnement tous ceux qui exerceront la médecine ou l'une de ses branches sans être pourvus d'un diplôme de docteur ou d'un brevet spécial qui leur donne le droit de l'exercer, conformément aux dispositions du titre V de la présente loi ;

2° D'un mois à un an d'emprisonnement tous ceux qui prendront indûment le titre de docteur en médecine ou tout autre titre indiquant l'aptitude à exercer la médecine ou l'une de ses branches; tous ceux qui prendront le titre d'une profession spéciale dans l'art médical, non reconnue par la présente loi ; tous ceux qui ouvriront des cours particuliers sur les sciences médicales, sans avoir rempli les conditions et formalités prescrites par l'art. 12 ;

3° D'une amende de 50 fr. à 500 fr. tous ceux qui exerceront la médecine ou l'une de ses branches sans avoir fait enregistrer leur diplôme ou leur brevet spécial, ainsi qu'il est prescrit par l'art. 29;

4° D'un emprisonnement de six jours à trois mois tous ceux qui contreviendront à l'art. 41;

5° D'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 300 fr. à 3,000 fr. tous ceux qui contreviendront à l'art. 42 ;

6° D'une amende de 200 fr. à 1,000 fr. tous ceux qui contreviendront à l'art. 43;

7° D'une amende de 50 fr. à 500 fr. tous ceux qui contreviendront à l'art. 44.

Art. 50. Toute personne qui, se trouvant dans l'un des cas d'incapacité déterminés par l'article 28, exercera la médecine ou l'une de ses branches, sera punie d'un emprisonnement d'un an à trois ans.

Art. 51. En cas de récidive, les peines pourront être portées au double.

Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 52. En cas de conviction de plusieurs délits prévus par la présente loi, les peines ne pourront être cumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite du cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser cinq ans.

Art. 53. L'art. 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus par la présente loi.

TITRE IX.

Dispositions générales.

Art. 54. Des ordonnances du roi, rendues dans la forme des règlements d'administration publique, statueront sur tout ce qui concerne :

Les rapports des administrations des hôpitaux avec l'enseignement public et les cours particuliers;

Le prix des inscriptions, examens et diplômes dans les facultés de médecine, les écoles supérieures de pharmacie et les écoles préparatoires.

Art. 55. Des règlements particuliers, délibérés en Conseil royal de l'Université, pour l'exécution de la présente loi, statueront sur tout ce qui concerne :

L'enseignement, les concours, les conditions d'études dans les facultés, les écoles préparatoires et les écoles supérieures de pharmacie, ainsi que la durée des internats obligatoires des étudiants en médecine dans les hôpitaux.

Art. 56. La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), ainsi que les dispositions de la loi du 9 avril de la même année (19 germinal an XI), qui seraient contraires à la présente loi, sont et demeurent abrogées.

Dans la séance de la Chambre des pairs du 2 juin, M. le ministre de l'instruction publique vient de déclarer qu'il adoptait le projet amendé par la commission de la chambre, et a demandé que ce fût ce projet *amendé* qui servît de base à la discussion. Le *premier* projet n'existe donc plus : l'attitude du corps médical a suffi pour le réduire à néant.

Nous rendrons compte, avec le soin qu'ils méritent, des débats qui s'ouvrent aujourd'hui même à la Chambre des pairs. Nos lecteurs recevront, dans l'intervalle du numéro de juin et du numéro de juillet, un supplément consacré à ce compte-rendu.

3 juin 1847.

A M. le docteur Jacques Lebaudy (1).

Paris, ce 17 mai 1847.

Monsieur le rédacteur,

Le dernier numéro du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* s'exprime à mon égard, à l'occasion du projet de loi sur la médecine, en termes tels qu'il m'est impossible de ne pas réclamer de votre justice une réfutation des allégations que renferme l'article dont je me plains. Vous trouverez dans le numéro du jeudi 13 de l'*Union médicale* une lettre de moi, qui vous mettra au courant du rôle que j'ai joué dans les diverses commissions dont j'ai fait partie, et qui vous fournira des éléments plus que suffisants pour réduire à leur juste valeur les accusations dont j'ai été l'objet.

Recevez d'avance, monsieur et honoré confrère, tous mes remercîments et l'assurance de ma considération distinguée.

ORFILA.

Au rédacteur de *l'Union médicale*.

Paris, ce 11 mai 1847.

Monsieur le rédacteur,

Dans l'exposé des motifs sur la loi relative à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, M. le ministre de l'instruction publique annonce m'avoir consulté avant de présenter le projet; d'un autre côté, on lit dans le rapport de M. le comte Beugnot « que la commission a eu de longues conférences avec les personnes qui pouvaient le mieux » lui faire connaître les vœux du corps médical et la » situation vraie de l'enseignement dans la pre- » mière de nos facultés. » Or, tout le monde sait que je suis au nombre de ces personnes. On n'ignore pas non plus qu'en 1836, alors que M. Guizot était ministre de l'instruction publique, un projet de loi fut élaboré par une commission que j'avais l'honneur de présider; qu'en 1839, je fis partie d'une commission présidée par M. de Salvandy, qui, à son tour, rédigea un projet sur la même matière; qu'enfin, en 1845, je fus appelé à la présidence de la haute commission des études médicales, dont les travaux n'avaient d'autre but que d'arrêter les bases de la loi si impatiemment attendue. Quel rôle ai-je joué dans ces diverses commissions? quelles ont été mes vues? quelle responsabilité dois-je encourir? C'est ce dont je viens rendre compte au public médical, afin de le mettre à même de juger si, comme le dit le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, « j'ai introduit dans » le programme mes préjugés et mes caprices, et » si j'ai voulu étouffer l'indépendance des facultés » et des écoles pour asseoir mon omnipotence ab- » solue sur l'enseignement tout entier de notre » science. »

Avant d'examiner divers articles du projet de loi, je dois déclarer que, sur l'invitation de la commission de la Chambre des pairs, j'ai été entendu par elle pendant quatre heures, et que, plus tard, M. le rapporteur m'ayant communiqué le dispositif déjà imprimé de son rapport, j'ai eu avec lui une conférence de deux heures, à la suite de laquelle je lui ai laissé *par écrit* les nombreuses observations que j'ai cru devoir faire sur ce dispositif. Dans l'examen auquel je vais me livrer, je suivrai l'ordre du rapport de la commission de la Chambre des pairs.

ART. 4. — J'ai demandé que les agrégés ne fussent nommés que pour six ans. Ce serait, suivant moi, éteindre toute émulation, que de prolonger jusqu'à dix ans la durée de l'agrégation.

ART. 5. — J'ai énergiquement combattu la disposition qui limite le droit de concourir à diverses catégories, et lorsque j'ai vu que cet article serait adopté malgré mes instances, j'ai conseillé de fixer à six pour la Faculté de Paris, à quatre pour celle de Montpellier, et à trois pour celle de Strasbourg le nombre de docteurs en médecine non compris dans lesdites catégories que les facultés pourraient admettre au concours.

ART. 8. — J'ai demandé que les membres adjoints des jurys des concours pour les chaires de facultés fussent tirés au sort parmi les membres des sections compétentes de l'Académie royale de médecine, au lieu d'être choisis au scrutin, comme cela a lieu à présent; et, dans le cas où il ne serait pas fait droit à ma réclamation, j'ai fortement insisté pour que les nominations des membres adjoints faites par M. le ministre eussent lieu trois mois avant l'ouverture du concours, c'est-à-dire avant que le registre des inscriptions fût ouvert, et par conséquent avant que l'on eût connaissance des noms des concurrents.

ART. 9. — J'ai combattu la disposition qui laisse au ministre le droit de choisir les professeurs des facultés qui doivent être juges des concours. J'ai demandé que le nombre des juges adjoints ne fût que le tiers de celui des professeurs de la faculté membres du jury. J'ai voulu que les jurys des concours pour les écoles préparatoires fussent uniquement composés de professeurs de ces écoles et de professeurs ou d'agrégés de la faculté de la circonscription.

ART. 10. — Je me suis fortement élevé contre cet article, si ce n'est en ce qui concerne la possibilité d'accorder à un professeur d'une faculté une chaire vacante dans la même faculté. Ainsi je considère comme un bienfait pour l'enseignement qu'un professeur de pathologie interne ou externe puisse, par permutation, occuper une chaire de clinique interne ou externe; mais, dans mon opinion, ces permutations doivent être restreintes à un petit nombre de cas.

ART. 12. — J'ai demandé avec instance l'addition de cet article sans restriction ni entraves.

ART. 13. — J'ai énergiquement combattu la disposition qui borne la durée des études à quatre années.

ART. 16. — J'ai formulé moi-même cet article.

ART. 21. — Je me suis opposé avec force à la disposition qui enlève au concours les nominations des professeurs des écoles spéciales de pharmacie, et j'ai fait sentir ce qu'elle avait de bizarre, alors que l'on institue le concours dans les écoles préparatoires.

ART. 22. — J'ai attaqué la nomination par le ministre des professeurs qui doivent composer les jurys des concours pour l'agrégation en pharmacie.

ART. 28. — J'ai demandé que l'on déclarât incapables d'exercer la médecine *uniquement* ceux qui auraient été condamnés à des peines afflictives et infamantes, en exceptant toutefois les condamnations pour délits politiques.

ART. 31. — J'aurais voulu que le Français, et

(1) Nous mettons sous les yeux du lecteur : 1° la juste réclamation de M. le doyen de la Faculté de Paris, 2° la lettre adressée à *l'Union médicale* et insérée dans le n° du jeudi 13 mai 1847.

JACQUES L.

l'étranger, reçus docteurs à l'étranger, fussent tenus de subir cinq examens au lieu de deux; au reste, j'espère que le Conseil royal assignera à chacun de ces examens une durée telle, que par le fait l'impétrant pourra être sérieusement interrogé sur toutes les branches de l'art de guérir.

Art. 33. — J'ai combattu le deuxième alinéa de cet article, à moins qu'il ne fût ajouté que les officiers de santé seraient bacheliers ès lettres.

Art. 37. — J'ai demandé, ce qui est de droit, que les sages-femmes reçues par les jurys médicaux, avant la promulgation de la nouvelle loi, pussent exercer l'art des accouchements; c'est ce qui a motivé l'article 38.

Art. 43. — J'ai beaucoup insisté sur l'addition de cet article.

Art. 44. — Je n'ai eu aucune connaissance de cet article, que je ne saurais approuver.

Art. 46. — J'ai demandé et grandement approuvé la disposition qui fait nommer les médecins cantonaux sur une liste dressée par les conseils médicaux.

Art. 47. — J'ai réclamé avec la plus vive instance que la nomination des conseils médicaux eût lieu sur une liste double, dressée par tous les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe de tout le département, et reçus depuis cinq ans.

Art. 48. — J'ai beaucoup insisté pour que des délégués spéciaux pussent être désignés par le ministre pour la visite des officines de pharmacie, persuadé que je suis que les conseils médicaux s'acquitteront fort mal de cette tâche.

Art. 49. — J'ai grandement approuvé la pénalité substituée par la commission de la Chambre des pairs à celle du projet primitif; je l'ai trouvée à la fois assez sévère pour réprimer le charlatanisme et assez modérée pour qu'elle fût appliquée par les tribunaux.

Art. 53. — Par contre, je me suis élevé de toutes mes forces contre l'article 53, qui donne aux tribunaux le droit de n'appliquer que des peines insignifiantes, et qui dès lors tend à annuler le bénéfice de l'article 49.

Pour combler des lacunes importantes, j'ai demandé que la commission réglât tout ce qui se rapporte à la *responsabilité médicale*, au *secret* et aux *honoraires en justice;* j'ai formulé des articles sur chacun de ces points, et je vois avec regret qu'il n'en a pas été tenu compte.

Permettez-moi de vous dire en terminant, monsieur le rédacteur, que toutes mes opinions, bonnes ou mauvaises, avaient été inscrites, sur ma proposition, dans le projet de loi élaboré en 1836, sous ma présidence, y compris celle qui a pour but l'abolition des deux ordres de praticiens, dont je n'ai point parlé ici, parce que je n'ai pas eu à m'expliquer sur elle devant la commission de la Chambre des pairs.

Agréez, etc. Orfila.

Nous remercions beaucoup M. le doyen des explications qu'il nous adresse sur le rôle qu'il a joué dans les diverses commissions dont il a fait partie : nous en regrettons d'autant plus qu'il n'ait point exercé son influence près de M. le ministre de l'instruction publique pour empêcher la confection d'un projet de loi qui a paru désastreux à tous les hommes de notre profession. Un double fait nous a frappés, et, malgré les explications de M. Orfila, nous le maintenons dans toute son intégrité. C'est : 1° que le premier projet de loi a soulevé le corps médical tout entier par sa funeste tendance ; 2° que les conseillers naturels et officiels de M. le ministre de l'instruction publique n'ont point empêché la rédaction et la publication de ce même projet de loi.

Que la réprobation unanime du corps médical qui a accueilli le projet de loi ait donné à réfléchir, et en fasse mieux ressortir les conséquences aux yeux de ceux qui ne les ont point vues d'abord, et qui auraient dû les voir, nous en sommes charmés, et cela prouve que la publicité et la discussion sont de bonnes choses. Mais cela ne prouve nullement qu'il n'eût pas mieux valu faire d'abord près du ministre ce que l'on fait aujourd'hui tardivement près de la commission de la Chambre des pairs.

Quant à l'omnipotence parisienne, qui serait si funeste à la vie et à l'honneur des facultés de département, aussi bien qu'à la liberté des idées médicales, il est bien clair que c'est une tendance contre laquelle MM. les conseillers parisiens n'ont fait aucune difficulté. On peut affirmer que si M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier eût été membre du Conseil royal, le projet serait complétement différent.

Nous ne voulons pas entrer dans plus de détails, bien que cela fût facile. Ce peu de réflexions fera comprendre le sentiment qui nous a fait protester et qui nous fait protester encore contre le premier projet de loi et contre les influences qui l'ont dicté, ou qui du moins ne l'ont point arrêté, quand leur devoir était de le faire.

Henri Gouraud.

REVUE CLINIQUE.

II. Clinique chirurgicale.

HOPITAL DU MIDI. — CLINIQUE DE M. VIDAL (de Cassis).

Sarcocèles syphilitiques.

On appelle ainsi des tumeurs chroniques des bourses ayant des rapports avec le virus syphilitique. Ces engorgements ont pour siége le testicule; par leur durée, par leur opiniâtreté à résister aux modificateurs généraux et locaux de la thérapeutique proprement dite, ils ont été trop souvent confondus avec des tumeurs malignes des testicules, c'est-à-dire avec certaines formes du cancer, à tel point que non-seulement ils ont été traités comme tels par les chirurgiens, mais encore soumis à l'extirpation.

Déjà, dit M. Vidal (de Cassis), les chirurgiens, nos maîtres, Boyer, A. Cooper, Dupuytren, etc., avaient fait de louables efforts pour distinguer les tumeurs syphilitiques des tumeurs cancéreuses, et plus d'un testicule a été sauvé grâce à leur prudence et grâce au soin qu'ils ont pris de soumettre à un traitement antisyphilitique des malades atteints de pareilles tumeurs.

Mais comme, du vivant des chirurgiens illustres que nous venons de citer, poursuit toujours M. Vidal (de Cassis), la thérapeutique spéciale ne possédait à peu près qu'un moyen héroïque (le mercure) diversement combiné et diversement appliqué; que, d'une autre part, ce modificateur est souvent infidèle et insuffisant dans des cas de tumeurs chroniques du testicule, on déclarait incurables ces tumeurs rebelles au mercure, et on les extirpait.

De nos jours enfin, la thérapeutique s'étant enrichie d'un des plus précieux fondants, l'iodure de potassium, on a vu diminuer encore la liste des tumeurs rebelles du testicule, et, grâce à l'action énergique de ce médicament, beaucoup de ces tumeurs échappent encore maintenant à la médecine opératoire.

Les deux cas que nous allons citer appartiennent à cette catégorie. On verra dans le premier que le testicule présentait des ulcérations, des bourgeonnements et un champignon à aspect encéphaloïde; dans le second, les caractères des tumeurs cancéreuses étaient si prononcés, qu'un premier chirurgien, persuadé d'avoir affaire à une tumeur maligne, extirpa l'un des testicules comme atteint du cancer.

Voici la première observation recueillie dans les salles de M. Vidal (de Cassis), et que nous avons cru devoir détailler, eu égard à son importance.

Obs. 1. — Le 14 janvier, se présenta dans le service de M. Vidal, à l'hôpital du Midi, un homme de trente-trois ans, d'une constitution éminemment lymphatique, boulanger, et dont l'origine belge et le long séjour en Amérique rendent les antécédents difficiles à éclaircir.

Les organes génitaux nous frappent d'abord par une altération profonde des testicules et de leurs enveloppes. Observées plus attentivement, les enveloppes du côté gauche se présentent à peu près à l'état normal en arrière et en dehors; mais, en approchant de la partie antérieure et interne, un épaississement considérable commence à se faire remarquer, et l'adhérence des enveloppes avec le testicule devient définitive. Sur ce point se trouve une ulcération profonde et étroite, donnant issue à de la matière purulente; tout autour de l'ulcération, la peau présente une rougeur anormale. Le volume du testicule est à peu près double de l'état ordinaire; sa surface est libre, excepté en avant et en dedans, où, comme nous l'avons dit, il adhère aux enveloppes. L'épididyme se distingue à peine; sa tête seule peut être reconnue par le toucher. La sensibilité est conservée, surtout vers la tête de l'épididyme et le cordon testiculaire. Du côté droit, les enveloppes offrent les mêmes altérations que du côté gauche, mais à un degré plus prononcé. Le testicule n'est libre d'adhérence qu'en arrière; il n'est plus qu'une masse informe. Toute sensibilité y est éteinte, même du côté de l'épididyme et du cordon testiculaire. La partie antérieure de ce testicule ainsi déformé supporte une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur, à large base, à surface arrondie, mamelonnée, d'un rouge livide, sécrète une humeur blanchâtre et ressemble tout-à-fait à un champignon encéphaloïde.

Les autres organes sont sains ou paraissent tels. Cependant la verge présente les marques d'une opération sanglante pratiquée sur le prépuce et des traces d'anciennes ulcérations sur le gland. En présence de ces seules altérations, on était en droit de se demander si l'on avait affaire à une dégénérescence cancéreuse, ou s'il fallait faire remonter à la syphilis la cause de tous ces accidents.

Les antécédents du malade pouvaient beaucoup, on le comprend, pour mettre sur la voie d'un diagnostic certain; mais l'ignorance presque complète de la langue française rend cet homme assez difficile à interroger; cependant voici ce qu'à l'aide d'une espèce de drogman, nous avons pu recueillir sur la vie antérieure de ce malade :

Il y a à peu près un an, des ulcérations se déclarèrent à la couronne du gland, huit jours après un coït. Entré à l'hôpital de la Nouvelle-Orléans, le sujet y subit un traitement consistant exclusivement en des pilules (probablement mercurielles) dont il ne peut nous faire connaître la composition. Comme il se trouvait atteint d'un phimosis congénital, il subit l'opération de la circoncision, dont il porte encore les traces. Les ulcérations furent alors mises à nu, et on s'aperçut que c'étaient des chancres qui avaient dévoré une partie du gland. Une cautérisation active et l'emploi *d'une poudre noire* vinrent s'ajouter à l'usage des pilules.

Après cinq semaines environ de ce traitement, les ulcérations disparurent; mais pendant qu'il suivait cette médication, le malade s'aperçut du gonflement du testicule gauche, accompagné d'une sensation douloureuse. Avant l'apparition de ce phénomène, *aucun symptôme syphilitique ne s'était montré du côté de la peau.* On fit sur la partie tuméfiée des incisions assez étendues, si l'on en juge par les cicatrices qui se remarquent encore sur les bourses; ces incisions durent atteindre le testicule, car celui-ci devint plus gros et plus douloureux. D'ailleurs, aucune matière autre que du sang ne sortit par ces incisions.

C'est alors que le malade quitta l'hôpital de la Nouvelle-Orléans. Bientôt après, il ressentit des douleurs générales dans les membres, ayant principalement leur siége dans les articulations et devenant plus vives pendant la nuit.

Le malade s'embarqua alors pour venir en France. Pendant la traversée, sept semaines environ après le gonflement du testicule gauche, le testicule droit se prit à son tour, et bientôt sur le scrotum de ce côté apparut une ulcération qui fit de rapides progrès.

Nous avons décrit l'état dans lequel le malade s'était présenté dans le service de M. Vidal. A cette époque aussi aucun accident ne s'était fait remar-

quer ni à la peau, ni à la bouche, ni à la gorge, ni aux ganglions cervicaux, ni du côté de l'anus. Les douleurs ostéocopes avaient disparu dès l'apparition du gonflement du testicule droit, et aucun élancement ne s'était jamais fait sentir dans les testicules malades.

Ces renseignements éclairèrent le diagnostic : malgré l'apparence encéphaloïde que présentait l'espèce de champignon adhérent au testicule, M. Vidal n'hésita pas à soumettre le malade au traitement antisyphilitique. L'iodure de potassium fut administré, et déjà dès le 28 janvier, c'est-à-dire quinze jours environ après l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur paraît se déterger et diminuer un peu de volume. La même médication est continuée, et, le 10 février, le champignon ne présente plus à notre examen qu'un léger relief au-dessus de la peau. Il est complétement aplati et supporte encore des bourgeons charnus, peu saillants, mais assez considérables à la périphérie pour former une espèce de couronne autour de l'ulcération.

La tumeur formée par le testicule droit est aussi moins dure et a recouvré la sensibilité. La tête de l'épididyme est facile à reconnaître.

Quant au côté gauche, l'espèce de trajet fistuleux qui laissait suinter du pus à la partie antérieure est complétement oblitéré et ne livre passage à aucune matière. Le testicule, quoique ayant un peu diminué de volume, adhère cependant toujours aux enveloppes autour du trajet fistuleux.

L'état général est le même; le traitement par l'iodure de potassium continue. (On est allé d'un gramme à quatre par jour.)

Le 15 février, alors que l'affection des bourses marche rapidement vers la guérison, le ventre se ballonne et devient sonore à la percussion ; les selles sont abondantes et liquides. Ces accidents sont attribués à l'usage de l'iodure de potassium; cependant le médicament n'est point suspendu.

Peu à peu les selles deviennent moins fréquentes et prennent de la consistance; le ballonnement du ventre, sans avoir complétement disparu, a sensiblement diminué.

Le champignon que supportait le testicule droit est entièrement effacé et l'ulcération en entier cicatrisée.

Au 20 mars, un seul point des enveloppes est encore adhérent à la partie antérieure du testicule.

Aujourd'hui, fin mars, la résolution est complète; les testicules ont repris leur forme, leur volume, leur liberté et leur sensibilité; nous pouvons même ajouter qu'ils reprendront leurs fonctions; car le malade a eu des érections avec production de sperme.

Le second cas de testicule syphilitique qui nous reste à rapporter est seulement remarquable par l'aspect encéphaloïde de la tumeur, à ce point qu'un chirurgien de quelque valeur se méprit sur le diagnostic de l'affection, et extirpa un testicule, intimement convaincu de sa nature cancéreuse.

Obs. 2. — Agé de vingt-neuf ans, le malade est peu robuste et a l'apparence scrofuleuse; il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant dix-huit mois; elle ne fut jamais douloureuse et guérit sans traitement. Six mois après, sans de nouveaux rapports sexuels, des accidents se montrèrent successivement du côté du gland, de la peau, dans l'aisselle gauche, aux aines et dans la bouche; enfin le testicule gauche s'engorgea, et en quatre mois il acquit un volume énorme. Des élancements se firent sentir, se ramifiant jusqu'aux reins; on fit l'ablation de la tumeur, et au bout de six semaines la cicatrisation était complète.

Deux ans après, apparaît un nouvel engorgement au testicule droit. Cet engorgement acquit rapidement le volume des deux poings; il était dur surtout à la partie inférieure; il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos.

Sangsues, frictions avec l'onguent mercuriel, emplâtre de Vigo. Amélioration sensible. Mais la vie irrégulière du malade fait reparaître le mal, et c'est alors qu'il entre à l'hôpital dans le service de M. Vidal. Citons les propres paroles de ce chirurgien : « La tumeur est de beaucoup plus volumineuse que le poing, dure en arrière et sur les côtés, un peu molle en avant, où il y a une apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ. Elle est ovoïde, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien pour la forme à une hydrocèle; mais elle est beaucoup moins lourde que cette dernière tumeur. Comme je l'ai dit, elle est le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. La dureté particulière de cette tumeur, la nature des douleurs, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout semble prouver que c'était là un véritable sarcocèle, une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde qui devait avoir une terminaison funeste. Mais, ayant bien étudié l'histoire de ce malade, je le soumis dès son entrée à l'iodure de potassium. Il y en avait à peu près 8 grammes d'administrés, que déjà les douleurs avaient à peu près cessé. »

Peu à peu la tumeur diminua de volume; puis le testicule a repris sa forme et a seulement conservé un peu plus de volume qu'un testicule ordinaire.

Ainsi voilà deux cas de tumeurs très graves du testicule, tumeurs qui auraient été extirpées si le diagnostic et le traitement de ces affections avaient fait moins de progrès dans ces derniers temps, et cela par les soins des chirurgiens de l'hôpital du Midi. On comprend tous les regrets du praticien qui a extirpé un testicule du dernier malade quand il apprendra que l'organe congénère a été conservé.

Dr R.

—

Maladies de l'oreille.

III. Mémoire et observations pratiques sur les écoulements d'oreille (fin) (1).

B. Du traitement des écoulements symptomatiques de l'oreille.

1° Lorsque le flux du conduit auditif provenant de la *rupture de la membrane du tambour* est récent et d'origine traumatique, on a de nombreuses chances d'obtenir la cicatrisation des lèvres de la plaie, et, par suite, le rétablissement de l'ouïe. Les expériences faites par Duverney et par Itard, sur les blessures de la cloison, ne permettent aucun doute à cet égard. J'ai rapporté, à l'appui de cette assertion, l'exemple de M. Batta, qui fut complétement guéri en quelques jours d'une semblable blessure. Itard et tous ceux qui se sont occupés de maladies d'oreilles rapportent de leur côté des observations analogues.

Pour obtenir le résultat désirable, il suffit ordinairement de maintenir pendant quelques jours les lèvres de la membrane lacérée en contact immédiat. Dans ce but, on doit recommander au malade d'éviter avec le plus grand soin tous les efforts d'inspiration et surtout d'expiration qui accompagnent le moucher, le cracher et l'émission active de la voix. On bouchera hermétiquement les conduits auditifs avec du coton, et, si le malade est sujet à des quintes de toux, on lui fera garder le lit, et on le maintiendra dans une température douce et uniforme, pour prévenir les accès que l'on a tant d'intérêt à maîtriser, au moins pour quelque temps. Au bout de quarante-huit heures, les bords de la plaie sont ordinairement réunis par un liquide plastique, et, dès le cinquième jour, la cicatrice offre déjà une certaine solidité. On ne peut cependant, à une époque si rapprochée de l'accident, se relâcher entièrement de la surveillance et des soins. Il faut maintenir encore, au moins pendant quelques jours, la boule de coton dans l'oreille malade, et recommander au patient de se tenir en garde contre les expirations forcées et d'éviter les grands bruits.

On peut encore, bien que fort difficilement, obtenir par les mêmes moyens la cicatrisation des blessures de la membrane du tambour occasionnées par des abcès de l'oreille moyenne. Il faut, dans tous les cas, tenter cette chance; car si la plaie reste quelques jours ouverte, on n'en peut espérer la réunion, et une fistule incurable, accompagnée de surdité plus ou moins complète, en sera la conséquence inévitable. Dans ce dernier cas encore, on ne peut abandonner l'affection à elle-même : on doit, au moyen de lotions et d'injections fréquentes, entretenir dans le conduit la plus grande propreté, et y introduire une boule de coton, pour peu que le malade s'expose aux refroidissements.

2° C'est en vain que l'on attaquerait, par des moyens purement locaux, l'écoulement auriculaire provenant de la *carie du rocher*. Pour combattre avec succès cette redoutable maladie, il faut de toute nécessité remonter à la source et reconnaître la cause première qui l'a produite. Souvent, comme je l'ai dit, on doit la rattacher à une cachexie scrofuleuse ou scorbutique, et, plus souvent encore, à l'existence du virus vénérien. C'est donc à l'ensemble des moyens destinés à neutraliser ces affections qu'il faut avoir recours.

On ne saurait trop insister, dans la thérapeutique de la carie temporale, sur l'urgence d'un traitement prompt et actif. Le voisinage du cerveau, la rapidité avec laquelle la maladie se propage du point carié aux méninges, le danger des résorptions purulentes, tout justifie surabondamment ce précepte. Dans l'observation que j'ai rapportée en parlant du diagnostic, un traitement mercuriel fort actif, employé aussitôt que l'on put soupçonner l'origine syphilitique de la carie, n'empêcha pas celle-ci de marcher et d'envahir le cerveau quelques semaines après.

On doit toujours, dans le traitement des caries du rocher, se tenir en garde contre la suppression ou même la diminution de l'écoulement morbide, et surveiller avec soin toutes les variations qu'il peut offrir. L'arrêt complet du flux auriculaire est ordinairement précédé de frissons, de malaise général et des autres symptômes qui annoncent l'invasion des maladies graves. Il convient alors de mettre en œuvre, sans aucun retard, tous les moyens propres à rappeler l'écoulement. On a conseillé, dans ce cas, l'application sur l'oreille malade d'une large ventouse dont on renouvelle, au besoin, plusieurs fois l'usage. D'autres préfèrent l'emploi de larges cataplasmes simplement émollients ou, mieux encore, fortement sinapisés. Itard, dans des cas analogues, appliquait sur l'auricule la mie d'un pain tout chaud, coupé en deux et arrosé de vinaigre. Souvent ce moyen a réussi dans des cas où tous les autres remèdes avaient complétement échoué. Ajoutons, pour terminer ce qui concerne la thérapeutique des caries du rocher, que, dans tout le cours de la maladie, il faut constamment surveiller le patient, et se tenir en garde, comme on a coutume de le faire dans les affections les plus graves.

3° Presque toujours, comme je l'ai dit, la suppuration d'oreilles due à la fonte d'un *tubercule du rocher* coïncide avec des phénomènes de tuberculisation plus générale, et notamment avec ceux de la phthisie pulmonaire. Il n'est donc pas étonnant que, dans ces cas, la surdité et même l'écoulement du conduit auditif passent inaperçus, ou, du moins, ne soient considérés que comme des symptômes secondaires par le médecin. Il faut avouer que la maladie, parvenue à cette période, n'offre que bien peu de ressources à la thérapeutique, et que, dans les cas très rares où l'on obtient la guérison, c'est bien plutôt à l'énergie vitale qu'à la puissance de l'art qu'il faut en savoir gré. On ne doit pas

(1) V. les nos de décembre 1846, janvier, février et mai 1847.

omettre néanmoins, dans le traitement des affections tuberculeuses, l'emploi des moyens hygiéniques et médicamenteux conseillés pour en arrêter ou du moins en ralentir la marche. L'habitation dans les pays chauds, l'usage des vêtements de flanelle, les bains sulfureux, les dépuratifs, l'usage de l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, etc., telles sont les prescriptions que l'on indique dans les cas de cette espèce.

4° La première indication thérapeutique que présentent les flux d'oreille entretenus par la *carie d'un os plus ou moins éloigné*, c'est de s'assurer exactement du siége, de l'étendue et des autres caractères de la maladie. Pour acquérir cette certitude, il faut s'aider du commémoratif, de l'étude approfondie des symptômes et surtout de l'exploration directe. L'observation suivante, inscrite dans l'histoire de la Société de médecine, démontre jusqu'à l'évidence la nécessité de cet examen et les dangers que court le malade lorsqu'on a l'imprudence de le négliger.

« Un officier, nommé M. de Grandfort, âgé de trente-neuf ans, après avoir essuyé les fatigues du siége de Savannah, et passé plusieurs mois à bord du vaisseau sur lequel il avait été embarqué pour repasser à la Martinique, fut détaché, le 19 décembre 1779, pour défendre un poste sur le bord de la mer, où il passa deux nuits au bivouac. Dans un moment où il était mouillé de sueur, il fut tout d'un coup saisi par un coup de vent dont l'action, également vive et subite, fut dirigée sur la partie supérieure et toute la partie latérale gauche de la tête.

» La première impression qu'éprouva M. de Grandfort fut un frisson général, auquel succédèrent, dès le lendemain, différents symptômes, entre lesquels on doit distinguer la douleur gravative de toute la tête, un bourdonnement continuel dans les oreilles et un malaise dans toutes les parties du corps. Peu de jours après, les douleurs de la tête devinrent aiguës; le malade y sentit des élancements violents, et la fièvre se déclara, ainsi qu'un écoulement considérable par les deux oreilles et le nez. Les différents accidents furent constamment accompagnés d'une insomnie, qui persista pendant cinq mois entiers.

» Tous les moyens que l'art pouvait suggérer aux différents médecins et chirurgiens auxquels le malade accordait sa confiance furent infructueux et n'empêchèrent point la maladie de faire des progrès rapides. On n'éprouva pas plus de succès des frictions mercurielles, qui furent administrées d'après le soupçon que ces accidents pouvaient être entretenus par le vice vénérien; ce traitement parut même aggraver la maladie.

» Enfin, le 7 septembre 1780, c'est-à-dire neuf mois après l'époque du premier accident, le malade, réduit à un degré de marasme qui faisait craindre pour ses jours, se fit transporter au Cap, et se mit entre les mains de M. Planté, qui, l'ayant examiné avec soin, et lui ayant rasé la tête, y découvrit un gonflement pâteux et différentes tumeurs qui en occupaient la partie supérieure et toute la partie latérale gauche. C'étaient ces parties que le coup d'air avait frappées. A cette époque, l'écoulement par les deux oreilles, surtout par la gauche, était très considérable. La matière qui en coulait était purulente et très fétide, et le malade en augmentait la quantité en appuyant et pressant sur le pariétal gauche et en dirigeant cette pression du côté de l'oreille. M. Planté jugea qu'il devait y avoir carie aux os, et que la matière purulente se faisait jour par l'oreille au moyen de quelques conduits fistuleux.

» On découvrit successivement différentes tumeurs qui décelèrent la carie; celle-ci existait dans une portion du coronal, deux ou trois parties du pariétal et une partie du temporal. Dans quelques endroits, elle n'avait attaqué et détruit que la lame externe des os; dans d'autres, elle n'avait point épargné la substance diploïque; enfin, dans quelques portions du pariétal, toute la substance de l'os était cariée et exfoliée. Cette exfoliation mit à découvert la dure-mère, dont le mouvement fut observé pendant plusieurs jours de la manière la plus sensible.

» Les différentes pièces osseuses qui s'isolèrent étaient au nombre de dix-neuf, dont quatorze nous ont été représentées. Deux d'entre elles ont été prises par M. Planté pour deux osselets de l'ouïe, et, à ce qu'il paraît, avec quelque fondement, puisque la surdité n'a eu lieu que du jour où elles ont été détachées.

» Enfin, après dix-sept mois des souffrances les plus vives, pendant lesquels la fermeté et le courage du malade ne se démentirent jamais, quoique sa vie fût menacée du plus grand danger, les plaies commencèrent à se cicatriser, et elles étaient parfaitement guéries à l'époque du 24 mars 1781; mais il restait cependant encore au malade un écoulement de matière sanieuse par l'oreille gauche, avec surdité du même côté, et quelques élancements qui se faisaient particulièrement sentir dans les changements de temps. »

La conduite du docteur Planté, dans l'observation qui précède, peut être, avec raison, citée comme un modèle à suivre en pareille circonstance. Mais il ne suffit pas toujours, pour tarir l'écoulement auriculaire, d'enlever les portions d'os mortifiées qui lui ont donné naissance; la carie et la nécrose ne sont souvent que les effets d'une maladie plus générale, d'une infection vénérienne par exemple. L'expérience prouve, en effet, que le virus syphilitique, qui joue un rôle si important dans la production des caries du rocher, n'en remplit pas un moins actif dans l'ulcération des autres os du crâne. Dans les cas de cette espèce, on conçoit aisément que tous les moyens chirurgicaux mis en œuvre pour enlever les portions d'os mortifiées demeureraient sans effet si l'on ne s'attachait d'abord à combattre la cause première du mal.

Tous les praticiens connaissent le traitement qui convient aux affections syphilitiques,

et il suffira de leur rappeler que c'est toujours aux formes secondaires et tertiaires de la maladie que l'on doit rapporter l'altération des tissus osseux.

Quand la nécrose et la carie peuvent être rattachées aux diathèses scorbutique ou scrofuleuse, on doit encore, outre les indications thérapeutiques locales, remplir celles qui ont pour objet de neutraliser la maladie générale elle-même.

5° Le traitement de l'*otorrhée cérébrale primitive* est complétement médical. Il arrive parfois que le pus fuse dans le méat auditif sans altérer la substance osseuse; et, dans les cas mêmes où le rocher se trouve atteint, sa lésion passe inaperçue au milieu des accidents provoqués par une lésion aussi grave que celle qui résulte d'un abcès formé dans la substance encéphalique.

Dans l'otorrhée cérébrale primitive, l'énergie du traitement doit être proportionnée à la gravité de la maladie; et comme celle-ci présente tous les caractères des fièvres cérébrales, il faut recourir à l'ensemble des moyens usités contre ces affections. Les saignées générales et locales, répétées aussi souvent que l'exigent la force du sujet, la douleur de tête, la plénitude et la dureté du pouls; les purgatifs et même les drastiques dans quelques cas; les révulsions cutanées aux extrémités inférieures, etc., tels sont les principaux moyens dont le médecin dispose dans le traitement de cette maladie.

Il est deux médications préconisées par Desault dans le traitement des contusions et des blessures du cerveau, usitées journellement par les chirurgiens militaires et trop négligées dans la pratique civile : je veux parler de l'émétique en lavage et du vésicatoire appliqué sur toute la surface du crâne. On conçoit avec la plus grande facilité le but de ces deux ordres de moyens. A l'aide du premier, on opère sur le tube intestinal une dérivation permanente et puissante, secondée le plus souvent par une diaphorèse générale. Le vésicatoire, de son côté, agit sur la surface la plus étendue et la plus rapprochée possible du siége du mal, et l'on peut au besoin augmenter ou ralentir son énergie, en étendre ou en limiter l'action, et enfin le supprimer quand tout danger a disparu. Ces deux prescriptions, dont l'expérience a démontré l'efficacité dans les lésions traumatiques récentes du cerveau, ne sont pas moins utiles dans le traitement de l'otorrhée cérébrale primitive, où je les ai employées et vu employer avec le plus grand avantage.

Je n'entrerai point dans le détail des indications curatives qui peuvent se présenter dans le cours de l'otorrhée cérébrale primitive. Le médecin traitant, dont l'attention est fixée sur la gravité de la maladie, ne peut manquer de les saisir pour les combattre par tous les moyens appropriés. Je n'ajouterai qu'une recommandation, c'est de ne pas s'endormir dans une sécurité complète quand l'otorrhée paraît toucher à sa fin. Une lésion des plus graves a été produite dans l'encéphale par le fait de la maladie, et l'on ne peut avoir de garantie réelle contre le retour de celle-ci, que par l'application à la nuque d'un exutoire que l'on doit rendre permanent.

6° Le traitement des *abcès du voisinage de l'oreille* qui s'ouvrent dans le conduit auditif ne présente rien de particulier quand ils sont d'origine traumatique et qu'ils siégent sur des sujets sains. Il convient d'abord de s'opposer à leur développement par des applications réitérées de sangsues, des frictions résolutives. Quand, malgré l'emploi de ces moyens, la maladie passe à la seconde période, on doit, par des fomentations émollientes et l'application de cataplasmes maturatifs, hâter la collection du pus, et enfin lui donner issue en pratiquant une incision au point déclive le plus éloigné possible de l'oreille. Dans les pansements consécutifs, on aura soin d'établir une compression permanente entre l'auricule et le foyer de l'abcès. L'ouverture artificielle de celui-ci suffira pour l'écoulement du pus, et le reste du traitement sera soumis aux règles suivies en pareil cas.

Je parlerai dans un instant des abcès parotidiens critiques. Quant à ceux qui, sous le nom d'oreillons, paraissent si souvent avec le caractère épidémique, on doit avant tout, en raison de leur tendance à se déplacer et à envahir les autres glandes et surtout les testicules, mettre en œuvre tous les moyens possibles pour les fixer. L'expérience a démontré, en une foule de cas, que nul remède n'est plus propre à produire ce résultat que l'application d'un large vésicatoire embrassant toute la surface de la tumeur.

C. Du traitement des écoulements substitutifs et critiques du conduit auditif.

1° Quand un flux normal, comme la menstruation, vient à se supprimer et est remplacé par un flux d'oreille, la première indication curative consiste à rappeler l'excrétion à son siége primitif. La même règle thérapeutique est encore applicable aux sécrétions morbides qui se déplacent pour se porter sur l'organe de l'ouïe.

Cette règle néanmoins, non plus que toutes celles qui s'appliquent à l'homme, n'est pas tellement absolue qu'elle ne souffre quelques exceptions; il est toujours utile d'ailleurs d'en fixer l'application méthodique. Il serait absurde, par exemple, lorsqu'une menstruation a eu lieu en son temps par le méat auditif, de vouloir la rappeler le lendemain à son siége normal. La conduite à tenir alors est de tout point semblable à celle qui convient dans l'aménorrhée, à savoir : prescrire, aux approches de la période menstruelle suivante, une application de sangsues à la vulve, des fumigations excitantes dirigées vers le même point, et les autres moyens qui constituent la médication emménagogue. Si, malgré l'emploi judicieux de ces moyens, on ne peut parvenir à rappeler l'excrétion dérivée, il faut les reprendre les mois suivants jusqu'à guérison complète.

La conduite que tint F. de Hilden dans l'ob-

servation que j'ai rapportée serait celle qu'il faudrait suivre dans un cas semblable. Les urines avaient pris leur cours par les oreilles ; il rappela par des diurétiques la sécrétion rénale. Si la bile ou la salive venaient à être excrétées par le conduit auditif, on s'efforçait, au moyen des sialagogues et des drastiques, de rétablir ces sécrétions en leur état normal.

Dans les cas, plus nombreux qu'on ne pense, où l'écoulement d'oreille remplace un pus morbide supprimé, il est encore de précepte de rappeler celui-ci d'abord, sauf à le combattre plus tard si on le juge convenable. J'ai rapporté, en traitant du diagnostic, l'exemple d'une dame qui, primitivement atteinte d'un flux bronchique, en fut délivrée par l'apparition d'une diarrhée qui, elle-même, fit place à un écoulement d'oreille. Ce dernier flux céda à son tour quand reparurent ceux des bronches et de l'intestin. L'indication qui me parut ressortir de ce cas fut d'attendre le retour de la bronchite pour l'attaquer par les révulsifs cutanés appliqués sur le thorax et par l'usage des boissons sulfureuses et des préparations de Tolu. Je donnai une consultation dans ce sens à la malade, qui devait prochainement quitter Paris.

Quand l'écoulement d'oreille résulte de la suppression d'hémorrhoïdes, il faut, sans perdre de temps, recourir à l'administration des aloétiques ; et, si leur action reste trop lente ou impuissante, recourir aux excitants divers et même aux suppositoires émétisés. Dans l'observation suivante, rapportée par Itard, on voit un remarquable exemple des dangers que peut présenter un flux d'oreille succédant aux hémorrhoïdes, et de la nécessité de rappeler celles-ci pour guérir la maladie.

«Nicolas Pâris, militaire, âgé de vingt-huit ans, doué d'un tempérament bilieux, d'une constitution robuste, n'ayant jamais ressenti de douleurs rhumatismales ni aucune fluxion aux oreilles, éprouva, le 12 frimaire an X, à la suite d'une manœuvre fatigante, des bourdonnements dans l'une et l'autre oreille, qui furent bientôt suivis de douleur et de surdité incomplète. Au bout de trois jours, la douleur fut des plus vives et se compliqua de fièvre, de céphalalgie et d'insomnie. Le moindre bruit, l'exposition même des yeux à une lumière vive, les mouvements de la tête et de la mâchoire, augmentaient les angoisses du malade. Il retira pourtant quelque soulagement de l'application de sangsues derrière l'oreille et d'une salivation abondante qu'il se procura en fumant du tabac à plusieurs reprises. Au bout de quinze jours, la douleur, d'aiguë qu'elle était, devint gravative, et la surdité presque complète. Ce fut alors que, dans un effort de toux catarrhale qui compliquait cette affection, la congestion formée dans la caisse de l'oreille gauche s'ouvrit spontanément et se fit jour par le conduit auditif. L'écoulement, d'abord très abondant, diminua promptement de lui-même au bout de quinze jours; mais, aussitôt après, l'oreille droite, qui était toujours dure et douloureuse, le devint encore davantage et ne laissa de calme au malade que lorsque la matière qu'elle contenait se fit jour au dehors.

» Dès ce moment, disparition de la douleur et de la surdité, bien-être inexprimable, retour du sommeil et de l'appétit. Ce militaire ayant aussitôt repris son service par un temps froid et pluvieux, l'écoulement se supprima. Aussitôt reparurent la douleur et surtout la surdité, pour laquelle il entra à l'hôpital le 15 nivôse an XIII.

» J'examinai, à la clarté du soleil, l'intérieur des deux conduits auditifs ; je trouvai celui du côté droit obstrué par une matière jaunâtre, croûteuse, de consistance très dure. Après avoir entraîné une grande partie de cette matière avec l'extrémité d'une sonde cannelée à cul-de-sac, je détachai ce qui restait, et qui était beaucoup moins solide, par une injection d'eau tiède poussée avec violence. Ayant ainsi nettoyé le canal, j'en examinai le fond, et je pus voir distinctement la membrane du tambour, que je crus intacte ; mais elle ne l'était apparemment que dans la partie visible, car, ayant ordonné au malade de se moucher avec violence, il s'échappa par ce même conduit des bulles d'air mêlées avec une matière puriforme et sanguinolente, qui, sans doute, avait son foyer dans la caisse. Dès ce moment, l'écoulement se rétablit et continua avec plus d'abondance qu'auparavant. Le conduit auditif, les anfractuosités de la conque, abreuvés continuellement d'une matière qui possédait apparemment des qualités irritantes, se phlogosèrent, prirent un aspect purulent et sécrétèrent de même un liquide épais, puriforme, qui se concrétait facilement par l'action de l'air, et qui déterminait, sur les parties voisines du cou et partout où il coulait, de la rougeur, du prurit et des pustules vésiculaires. Avec l'écoulement se rétablirent presque entièrement les fonctions de l'ouïe; mais elles se perdirent de nouveau à mesure que le conduit auditif se trouva lui-même atteint de cette inflammation consécutive. D'abord on s'était borné à faire des injections détersives et à purger fréquemment le malade. Ces moyens n'ayant eu aucun effet contre l'abondance de l'écoulement, on prescrivit un vésicatoire à la nuque. Cette application eut l'effet que je lui ai vu depuis produire le plus souvent dans des circonstances analogues : elle augmenta considérablement l'écoulement. On revint aux purgatifs fréquemment répétés ; le malade fut mis à l'usage des sucs de cresson, de cerfeuil et de bourrache. Ces moyens, et un laps de temps de six semaines, diminuèrent l'écoulement; et ce qui contribua sans doute à le tarir complétement fut un dévoiement considérable qui, par les ténesmes qu'il occasionna, rétablit un flux muqueux hémorrhoïdal auquel ce militaire était sujet depuis quelques années. »

Dans les cas, assez rares d'ailleurs, où l'écoulement d'oreille remplace une blennorrhée, l'indication est encore positive, et consiste à rappeler la sécrétion de l'urètre. Pour obtenir le plus promptement possible ce résultat,

nul moyen n'est préférable à l'introduction d'une bougie enduite d'une pommade composée de précipité rouge, une partie pour axonge 12-16 p., et laissée à demeure jusqu'au retour de l'écoulement urétral. Lorsque celui-ci a reparu, on peut traiter l'otorrhée avec des chances de succès ; mais il serait irrationnel et même dangereux de vouloir plus tôt la supprimer.

On a vu encore l'otorrhée succéder aux catarrhes vésical et oculaire, ou alterner avec eux. Dans ces cas comme dans ceux qui précèdent, les règles thérapeutiques sont fondamentalement les mêmes et peuvent être ainsi résumées : combattre par des remèdes convenables la maladie principale, et rappeler, autant que possible, à son premier siége la lésion locale qui y sera plus aisément neutralisée.

Itard, s'étant aperçu, dans un cas d'otorrhée rebelle, que la persistance du flux morbide était due à une suppression déjà ancienne de la sueur du crâne, fit raser cette partie, qu'il recouvrit d'une coiffe de taffetas ciré, après quoi l'écoulement d'oreille cessa complétement. Quand l'excrétion auriculaire remplace celle d'une plaie ou d'un ulcère, il faut, par l'emploi de topiques irritants et même par l'application d'un vésicatoire sur les parties anciennement malades, rappeler le flux supprimé.

2° Le principe de respecter les abcès et écoulements critiques dans les maladies graves est devenu, pour ainsi dire, une axiome en médecine. Il faut donc, quand surviennent des *flux critiques* du conduit auditif, prendre garde de les supprimer, favoriser, au contraire, leur cours, et enfin les rappeler s'ils viennent à tarir.

Pour remplir le premier précepte, il suffit de s'abstenir de tous les remèdes styptiques ou astringents destinés à rappeler le flux d'oreille. Pour satisfaire au second, il faut, au moyen d'injections renouvelées plusieurs fois, débarrasser le canal des matières épaissies et de la suppuration qui peut l'obstruer. En parlant des caries du rocher, j'ai décrit les moyens propres à rappeler l'écoulement, et il serait, par conséquent, oiseux d'y revenir. Il ne me reste plus qu'une remarque à ajouter à ce qui précède, et la voici : — L'écoulement d'oreilles qui survient dans le cours d'une maladie grave passe trop souvent inaperçu ; mais le médecin attentif en tient grand compte, car il sait que ce phénomène juge souvent la maladie.

HUBERT-VALLEROUX, D. M. P.

II. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril 1847.

Névralgies et fièvre typhoïde. — M. LEVRAT aîné (de Lyon) adresse une note relative aux avantages des narcotiques dans quelques névralgies réfractaires. Dans la même lettre, il signale à l'attention de l'Académie les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi du sirop de codéine dans la fièvre typhoïde ataxique. M. Levrat, désirant seulement prendre date pour l'instant, annonce qu'il communiquera plus tard les faits qu'il a recueillis.

Rage. — M. BELLANGER (de Senlis) lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la rage humaine, depuis son origine jusqu'en* 1846. L'objet principal de son travail est de démontrer que cette affection n'est point une maladie virulente transmissible, mais une maladie spontanée, dans le développement de laquelle il fait jouer un grand rôle à l'imagination. (Commissaires : MM. Joly, Bouley et Renault.)

Séance du 27 avril.

Appareil pour la préparation de l'eau gazeuse.—M. CHEVALIER lit, au nom de M. Caventou et au sien, un rapport officiel, demandé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sur un appareil du sieur Briet, destiné à la préparation des eaux gazeuses, dites eaux de Seltz. La commission propose de répondre que cet appareil peut être considéré comme utile dans un grand nombre de cas. (Adopté.)

Appareil sécrétoire vulvo-vaginal. — M. BLANDIN lit un rapport sur un Mémoire de M. Huguier ayant pour objet la description anatomique de l'appareil glandulaire des parties génitales externes de la femme. D'après M. Huguier, cet appareil serait l'analogue de la glande de Cowper, que l'on croyait exclusive à l'homme. Conclusions : remercier l'auteur pour sa communication ; l'engager à continuer ses recherches ; renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Inflammation des tissus albuginés. Rétractions musculaires. — M. GERDY lit un travail sur ce sujet. Suivant lui, l'inflammation serait la cause de la contracture des tissus albuginés, et la plupart des difformités, celles en particulier que l'on observe à la suite des tumeurs blanches, des maladies articulaires chroniques, n'auraient pas d'autre origine que l'inflammation des tissus fibreux ou synoviaux qui entrent dans la composition de l'articulation.

Absence congéniale des points lacrymaux.— M. BLANCHET présente un malade affecté d'absence congéniale des quatre points et d'une partie des conduits lacrymaux. C'est un avocat stagiaire à Paris, âgé de vingt-cinq ans, qui offre ce vice de conformation. M. Blanchet est parvenu à établir du côté droit à la paupière un point et un conduit lacrymal qui fonctionnent bien. Au moment de tenter l'opération sur les trois autres paupières, ce médecin a prié l'Académie de vouloir bien examiner l'absence complète de toute trace de points lacrymaux. L'examen des parties, les renseignements précis fournis par le sujet, ne permettent pas de douter que ce vice de conformation ne soit congénial.

Séance du 4 mai.

Sur la proposition de M. MÊLIER, l'Académie déclare qu'il y a lieu de nommer dix nouveaux correspondants.

Des maladies chroniques.—M. BRICHETEAU lit un rapport sur un Mémoire de M. Colas, portant ce titre (1).

M. le rapporteur rappelle à cette occasion les principales propositions d'un nouveau système pathologique que l'auteur a exposé dans un précédent ouvrage (2), système qui consiste à faire jouer au système nerveux le rôle principal dans toutes les maladies. Toutes les maladies sont primitivement nerveuses, les lésions organiques sont toujours consécutives, et si l'on s'oppose, dès le début, aux phénomènes nerveux qui constituent la période prodromique, on peut même prévenir le développement ultérieur des lésions organiques. Tel est à peu près le fond des idées de M. Colas. Sa méthode thérapeutique est basée sur cette donnée théorique; il s'agit de prévenir la transformation d'une maladie primitivement légère en une maladie plus grave. Le traitement consiste principalement en un système de révulsion. Le nouveau travail de M. Colas n'est que l'application de ces principes à la théorie et à la thérapeutique des maladies chroniques.

M. le rapporteur a expérimenté la méthode de M. Colas, et elle lui a paru avoir de bons effets, mais dans les cas seulement où il n'y avait point de lésions organiques. Il conclut en disant que, bien que les faits invoqués par l'auteur en faveur de sa théorie manquent d'exactitude et de précision, son travail est digne d'encouragement. Il propose, en conséquence, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments, et de déposer son mémoire aux archives.

M. ROCHOUX blâme les expressions suivantes : « idées ingénieuses et bien imaginées, » dont M. le rapporteur s'est servi dans le cours de son rapport.

M. BRICHETEAU : C'est mon opinion.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. ROCHOUX lit, au nom de M. Falret et au sien, un rapport favorable sur un travail de M. Belhomme intitulé : *Note sur le cerveau de deux aliénés morts de paralysie générale.* — Les deux faits dont l'auteur a consigné l'histoire dans cette note, tendent à démontrer que la cause de la paralysie générale est une altération, soit de la périphérie, soit des parties centrales de l'encéphale. Les observations de M. Belhomme sont, dit M. le rapporteur, un perfectionnement réel apporté à l'anatomie pathologique de l'aliénation et un titre de plus à ajouter à ceux qui vous ont déterminés à porter le nom de M. Belhomme sur les listes de présentation pour les places vacantes de l'Académie. — Les conclusions favorables du rapport sont adoptées.

(1) Voy. ce mémoire dans notre n° de mai, p. 196.

(2) RÈGNE ÉPIDÉMIQUE DE 1842. Voy. notre n° de décembre 1845.

Séance du 11 mai.

M. P. DUBOIS lit un rapport officiel, demandé par le ministre du commerce, sur un appareil destiné à extraire le lait des seins dans le cas où il est nécessaire de recourir à une extraction artificielle. M. le rapporteur propose pour conclusion de répondre au ministre :

1° Que l'appareil soumis à l'examen de la commission peut être employé avec succès pour les cas où il est nécessaire de provoquer artificiellement la sortie du lait; 2° que cet appareil est supérieur à tous ceux qui ont été mis jusqu'à présent en usage pour le même objet. (Adopté.)

— M. DUBOIS (d'Amiens) lit un rapport sur une communication de M. Piédagnel relative à la *maladie et à la mort de M. Cottereau* (1).

Nous avons mentionné dans le temps la part que ce médecin avait prise dans l'affaire Raspail. La maladie de M. Cottereau a fait le thème du mémoire de M. Piédagnel, qui, ayant trouvé à l'autopsie les lésions anatomiques qui caractérisent la pneumonie, l'hypertrophie du cerveau, la gastrite, etc., n'a pas balancé à attribuer ces diverses affections à l'abus du camphre. Voici quelles sont les conclusions du rapport de M. Dubois :

1° Il ne serait pas exact de dire que M. Cottereau est mort victime du camphre; mais tout porte à croire que ses préoccupations intempestives en faveur de ce médicament ont pu mettre obstacle à la guérison de la pneumonie dont il était atteint. 2° Il pourrait en être de même dans le cours de toute maladie grave, si, au lieu de recourir aux moyens indiqués par l'art, on s'obstinait à suivre une aussi vaine médication. 3° Il n'est pas prouvé que l'hypertrophie du cerveau et la gastrite chronique observées chez M. Cottereau aient eu pour cause productrice l'action du camphre. 4° Que néanmoins M. Piédagnel doit être remercié de son intéressante communication. 5° Enfin que son travail doit être honorablement déposé dans les archives de l'Académie.

MM. GIBERT et BUSSY trouvent que les conclusions semblent innocenter un peu trop la méthode. Le premier a vu des effets très pernicieux produits dans des maladies de la peau par ces applications prétendues sédatives et qui sont, au contraire, très stimulantes. Il a vu, entre autres, un malade chez lequel l'inflammation de la peau fut portée à tel point qu'elle provoqua du délire et d'autres phénomènes nerveux graves.

Après une discussion confuse, le renvoi de la première conclusion à la commission est mis aux voix.

M. DUBOIS : Je demande, si le renvoi à la commission est prononcé, qu'il soit bien spécifié que c'est parce que les conclusions ne sont

(1) Nous avons annoncé dans le n° d'avril dernier la mort de M. Cottereau.

pas assez sévères, et non pas autre chose.(Voix nombreuses : Oui ! oui !)

La première conclusion est renvoyée à la commission, qui en proposera une nouvelle rédaction dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 avril 1847.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre de la section d'économie rurale.

Au premier tour, M. DECAISNE obtient la majorité des suffrages et est proclamé membre de l'Académie.

De la manière de sonder l'oreille dans les cas de surdité. — M. BAUDELOCQUE adresse une note sur la manière de sonder l'oreille, de dehors en dedans, dans le cas de surdité produite soit par l'engouement de l'oreille moyenne, soit par l'oblitération de la trompe d'Eustache, considérée comme moyen de désobstruer le conduit auriculaire. A cet effet, il introduit dans l'oreille, de dehors en dedans, une sonde en gomme élastique, pourvue de son mandrin, d'une épaisseur de 5 millimètres et de 7 centimètres 1/2 de longueur. Après avoir donné à cette sonde les courbures voulues par le conduit qu'elle doit parcourir, et l'avoir trempée dans l'huile, l'opérateur tire légèrement l'oreille en arrière et en haut, et introduit dans le conduit auriculaire le bout de la sonde, en lui faisant suivre la convexité du col du condyle de la mâchoire inférieure, afin que le tympan soit percé précisément au devant des osselets. Au moment où la sonde traverse le tympan, l'opéré entend un bruit léger et sec si le tympan est sain, nul, au contraire, s'il est pénétré de pus; si ce bruit est éclatant et s'il a fallu une certaine force pour le produire, il faut en conclure que le tympan est épais; donc, en tout cas, la sonde est un bon moyen de diagnostic de l'état de cette membrane; elle parcourt ensuite l'oreille moyenne avec la plus grande facilité.

Ce procédé est à peu près le même que celui qu'Itard a employé sur un sourd-muet de naissance, âgé de quinze ans, et auquel il a rendu l'ouïe, sinon en totalité, du moins en grande partie. M. Baudelocque l'a, pour sa part, mis en usage sur une sourde-muette de naissance, âgée de huit à neuf ans. En vingt-deux mois il a amélioré l'audition au point que l'enfant, qui d'abord n'entendait pas même les bruits les plus violents, a fini par entendre une sonnette d'appartement à la distance de 6 à 8 mètres; puis les lettres de l'alphabet et certains mots entiers, pourvu qu'on les prononçât près de son oreille, à haute voix, distinctement et avec lenteur.

Propriétés hygiéniques et thérapeutiques des eaux thermales azotées. — M. le docteur Alph. TESTE adresse une note sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques des eaux minérales azotées, et de l'eau thermale de Bagnols en particulier. Voici en substance ce que renferme cette note : — 1° L'eau thermale de Bagnols, classée à tort dans les eaux sulfureuses, ne doit ses propriétés médicales qu'à une grande quantité de gaz azote qu'elle tient en suspension. 2° Elle réussit merveilleusement dans le traitement des maladies asthéniques, et particulièrement de la gastralgie; son usage, au contraire, est funeste dans tous les cas de phlogoses aignës. 3° Elle développe sensiblement les systèmes musculaire et circulatoire, d'où il faudrait induire ce fait nouveau et important que l'azote ingéré dans l'estomac à l'état gazeux produirait à la longue, sur l'économie, des effets analogues à celui des substances alimentaires azotées, telles que les viandes, avec cette distinction, toutefois, que les boissons azotées, comme l'eau de Bagnols, par exemple, sont encore digérées par des malades qui depuis longtemps ne digèrent plus les viandes.

Séance publique annuelle du 26 avril 1847.

La séance a été consacrée aux lectures suivantes : 1° lecture du programme des prix proposés pour les années 1847, 1848 et 1849, et proclamation du prix pour l'année 1845; 2° lecture d'un travail sur les subsistances, par M. de Gasparin; 3° éloge de Blumenbach, associé étranger de l'Académie, par M. Flourens.

Prix proposés. Grand prix des sciences physiques pour 1849 (1). — L'Académie propose, pour le grand prix des sciences naturelles de l'année 1849, la question suivante :

« Établir, par l'étude suivie du développement de l'embryon dans trois espèces, prises chacune dans un des trois premiers embranchements du règne animal, les *vertébrés*, les *mollusques* et les *articulés*, des bases sûres pour l'embryologie comparée. »

L'Académie ne désigne au choix des concurrents aucune espèce donnée; elle n'exclut pas même celles sur lesquelles il a pu être fait déjà des travaux utiles, à condition pourtant que les auteurs auront vu et vérifié tout ce qu'ils diront.

Le grand objet qu'elle propose aux efforts des zoologistes et des anatomistes est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des vertébrés, des mollusques et des articulés.

L'Académie appelle des travaux sérieux, exacts, sur lesquels la science puisse compter. Elle laisse le champ libre aux doctrines; mais elle demande des résultats certains, et la discussion approfondie de ces résultats.

Les concurrents regarderont sans doute comme un point essentiel d'accompagner leurs descriptions de dessins qui permettent de suivre avec précision les principales circonstances des faits.

---

(1) Nous renvoyons pour le rappel des prix proposés pour 1847 et 1848 à la séance annuelle du 11 mai 1846, que l'on trouvera dans le numéro de juin de cette même année.

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat de l'Académie avant le 1er janvier 1850. Ce terme est de rigueur.

Prix décernés. Prix de physiologie expérimentale pour l'année 1845. — La commission accorde le prix à M. BERNARD pour ses expériences sur les nerfs *pneumogastrique* et *spinal* ou *accessoire de Willis.*

La commission accorde une mention honorable à M. PARCHAPPE, médecin de l'asile des aliénés de Rouen, pour un travail très étendu et très approfondi sur l'anatomie et la physiologie du cœur, considéré dans l'homme et les mammifères.

Prix relatif aux arts insalubres pour l'année 1845. — Un prix de 2,500 fr. a été accordé à M. Laignel, ingénieur, pour diverses inventions appliquées à la sûreté des chemins de fer.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1845. — La commission n'a trouvé que cinq ouvrages qui puissent prétendre aux faveurs des legs Montyon ; encore faut-il ajouter qu'aucun de ces ouvrages n'a paru digne, soit d'un prix, soit même d'une récompense : ce sont de simples encouragements que la commission propose de leur accorder.

— Le travail de M. GUILLON est relatif au broiement de la pierre dans la vessie. Frappé des inconvénients du brise-pierre ordinaire, ce chirurgien en a fait construire un auquel la commission a reconnu plusieurs avantages. Par le peu d'élévation de ses bords, la cuiller de cet instrument appelle en quelque sorte les corps étrangers dans sa concavité, une fois qu'il est dans la vessie. Pour en faire agir les branches, l'auteur se sert d'un engrenage et d'un levier qui lui permettent d'en graduer la puissance, d'en rendre la pression continue ou intermittente, et sans secousse à volonté. Afin d'éviter le tassement des fragments broyés, M. Guillon a fixé sur la face concave de son brise-pierre une feuillé d'acier qu'un mécanisme assez simple permet de soulever et de repousser. Il est ainsi facile de reprendre, de saisir, de broyer le calcul ou ses fragments un grand nombre de fois dans la même séance, sans retirer l'instrument.

Il est vrai que des essais du même genre avaient déjà été faits il y a longtemps... Mais l'instrument de M. Guillon a paru plus complet, plus franchement applicable qu'aucun autre sous ce rapport. Ayant eu en outre la pensée d'attacher sa feuille de dégorgement à l'extrémité libre de la cuiller, en même temps qu'un fil de métal tient au sommet de l'autre branche, l'auteur s'est ainsi mis en mesure de rendre moins dangereuse qu'elle ne le serait sans cela la rupture du litholabe dans la vessie. Par ce mécanisme, en effet, si l'instrument venait à se briser, les morceaux en seraient aisément retirés au dehors, puisqu'ils resteraient naturellement attachés à la plaque de dégorgement ou au fil extracteur.

Tout ce qui tend à rendre le broiement de la pierre plus prompt, plus facile ou moins dangereux, a d'ailleurs tant d'importance, que la commission propose d'accorder à M. Guillon un encouragement de 2,000 fr.

— Un ouvrage qui mériterait une grande distinction si le but que l'auteur s'est proposé en le rédigeant avait été complétement atteint, si les questions qu'il agite étaient entièrement résolues, est celui de M. Brière de Boismont, relatif aux distinctions à établir entre certaines espèces de délire et la folie.

Les recherches de M. Brière sur le délire aigu observé dans les maisons d'aliénés, rapprochées de celles de M. Lélut, contribueront beaucoup à éclaircir ce point obscur de la science. La commission a vu avec intérêt les efforts de l'auteur pour distinguer cette espèce de délire, de l'aliénation mentale et des autres affections avec lesquelles il peut être facilement confondu. Le travail de M. Brière se recommandant, du reste, par des faits bien étudiés, par des observations neuves et sur un sujet très difficile et très important, la commission propose d'accorder à l'auteur une somme de 1,500 fr. à titre d'encouragement.

— Par un de ses précédents rapports, la commission des prix Montyon s'était réservé un certain nombre d'ouvrages concernant l'opération du strabisme. Après avoir récompensé M. Stromeyer, qui a imaginé cette opération, et M. Dieffenbach, qui en a le premier fait l'application heureuse à l'homme vivant, elle a voulu attendre que l'observation et le temps la missent à même d'apprécier la valeur des travaux publiés depuis sur le même sujet. Aujourd'hui elle revient sur le mémoire que lui avait adressé d'abord M. L. Boyer. Dans son travail, l'auteur insiste sur la distribution des aponévroses de l'orbite, déjà décrite par Tenon, M. Lucas, M. Bonnet, etc., sur les rapports que contractent les muscles divisés dans l'opération avec le globe oculaire, sur les avantages qu'il y aurait à opérer quelquefois les deux yeux, quoiqu'il n'y en ait qu'un seul de dévié, et enfin sur l'utilité de diviser les organes rétractés à travers une plaie située au-dessus et au-dessous de l'espace interpalpébral. En agissant ainsi, M. Boyer a pour but de remédier à la plupart des petits inconvénients de l'opération pratiquée par les procédés ordinaires, à la saillie anormale de l'œil, à la production d'un fongus souvent signalé par les chirurgiens, à la dépression de la caroncule lacrymale, par exemple.

L'idée d'opérer les deux yeux, quand il n'y en a qu'un de louche, n'est pas neuve. Mais comme M. Boyer, bien qu'arrivé après plusieurs autres, l'a discutée avec un soin tout particulier, en a fait voir un certain nombre d'applications heureuses, c'est à lui que la commission, prenant d'ailleurs en considération l'ensemble de son travail, propose d'accorder une somme de 1,500 fr. à titre d'encouragement.

— Le mémoire de M. Morel est relatif aux accidents que déterminent quelquefois sur la vessie les vésicatoires qu'on applique sur la

surface du corps. Étudiant le phénomène dans ses diverses phases, M. Morel en a donné une description meilleure que celles qui ont précédés. A un degré élevé, la cystite cantharidienne est caractérisée par des concrétions pelliculaires, par de véritables fausses membranes qui sont expulsées par l'urètre, et dont on est quelquefois obligé de favoriser la sortie à l'aide de tractions extérieures. Ce fait, annoncé par M. Morel, a été confirmé depuis par divers praticiens et dans plusieurs hôpitaux de Paris. On peut, en conséquence, l'admettre dès aujourd'hui comme acquis à la science; mais la commission est loin de garantir l'exactitude des interprétations que l'auteur en donne. En lui accordant, à titre d'encouragement, une somme de 500 fr., la commission engage M. Morel à compléter son œuvre par de nouvelles recherches, de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit des médecins.

— La commission propose, en outre, d'accorder à M. Maisonneuve une indemnité de 500 fr. pour les expériences dispendieuses qu'il a faites sur les animaux, dans le but de démontrer la possibilité d'établir une communication permanente, et par inosculation, entre deux portions plus ou moins éloignées de l'intestin.

— Deux autres auteurs, enfin, ont paru mériter aussi une mention spéciale. L'un, M. le docteur Boudin, s'est livré à des recherches intéressantes relatives à la géographie médicale, à l'antagonisme qui existe, selon lui, entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes, eu égard aux lieux où se développent ces maladies. Le travail de ce médecin dénote un véritable talent, et contient des documents qui pourront être utiles à la solution de questions difficiles et controversées. L'autre, M. Castiglioni, a publié un long mémoire sur quelques maladies des artères, sur l'artérite et la lithiasie en particulier. Rédigé pour une académie étrangère, qui l'a d'ailleurs couronné, ce travail annonce chez l'auteur une vaste érudition et des connaissances pathologiques fort étendues; mais, malgré tout l'intérêt qu'il présente, comme il ne renferme en définitive aucun fait absolument nouveau, l'Académie se borne à le signaler aux savants.

Séance du 3 mai.

M. Dollfus-Ausset adresse un relevé statistique des maladies et des décès causés par la transformation en marais des excavations qui longent le chemin de fer de Strasbourg à Bâle, dans les communes de Bollwiler et de Feldkirch. Par suite des travaux de terrassement qui ont été nécessités par l'établissement de ce chemin, il s'est formé de larges excavations dans une étendue de plus de trois kilomètres, le long de ces deux communes. En automne et au printemps, ces excavations se remplissent d'eau, puis elles se dessèchent partiellement en été et déposent un limon insalubre; en un mot, ces excavations se sont formées en véritables marais dans lesquels on a trouvé les plantes caractéristiques des eaux stagnantes. Sous l'influence de ces marais, les deux communes dont il s'agit sont cruellement décimées depuis trois ans par la fièvre intermittente. Dans la commune de Bollwiler, la moyenne annuelle des décès, qui dans les dix dernières années était de 36, est montée en 1846 à 54. Celle de Feldkirch, qui n'était que de 11 personnes, s'est élevée à 18. Un fait bien significatif, c'est que le pharmacien de Soults, chef-lieu de canton dans lequel sont situées les deux communes dont il vient d'être question, a vendu, en 1842, 120 grammes de sulfate de quinine; en 1844, 150; en 1845, 970.

M. de Gasparin rappelle, à cette occasion, que des circonstances analogues ont déterminé les mêmes effets funestes sur les bords du chemin qui est actuellement en construction à Tarascon.

Emploi de l'éther en vapeur par le rectum. — M. Pirogoff, professeur de clinique chirurgicale à Saint-Pétersbourg, s'est servi avec succès, dans les opérations chirurgicales, de l'introduction de l'éther en vapeur par le rectum. Il nettoie d'abord la partie inférieure du conduit intestinal à l'aide d'un lavement ordinaire, puis il fait entrer une sonde élastique dans le rectum, et il adapte à l'extrémité extérieure de cette sonde une seringue contenue dans une capsule de fer-blanc, laquelle capsule est remplie d'eau chaude. De cette manière, l'éther liquide qui est injecté par la seringue se transforme instantanément en vapeur, et c'est sous cette forme que l'éther entre par la sonde élastique dans le rectum.

M. Pirogoff attribue des avantages manifestes à cette méthode. Les organes respiratoires n'en souffrent aucunement. L'éthérisation est tout-à-fait indépendante de la volonté du malade, et elle agit bien plus promptement. Au bout de deux à quatre minutes, l'air expiré sent déjà très fortement l'éther. Les opérations dont l'exécution par la méthode pneumatique était très difficile, comme par exemple plusieurs opérations au visage, à la bouche, et surtout les opérations chez les enfants, peuvent maintenant s'exécuter très facilement au moyen de cette méthode.

La quantité d'éther employée jusqu'à présent pour produire l'éthérisation par le rectum n'a jamais dépassé une once et demie à deux onces, et l'éthérisation est ordinairement complète après trois à cinq minutes. M. Pirogoff n'a observé dans aucun cas de suites fâcheuses.

Séance du 10 mai.

M. Lallemand fait un rapport favorable sur un mémoire de M. le docteur Pujeade concernant l'usage thérapeutique des eaux thermales sulfureuses pendant toute l'année. Les sources que M. Pujeade exploite sont situées dans la vallée du Tech en Roussillon. Il y en a huit principales, dont la température varie entre 34 et 62° centigr. Elles sont administrées sous toutes les formes dans le même établissement pendant toute l'année. En résumé,

conclut M. le rapporteur, la commission pense que M. le docteur Pujeade mérite les éloges de l'Académie pour les améliorations qu'il a introduites dans l'administration des eaux thermales hydrosulfureuses, surtout pendant l'hiver. Elle désire que beaucoup d'autres eaux minérales très puissantes et non moins favorisées par le climat puissent être également employées sur les lieux dans toutes les saisons.

— M. GUILLON adresse à l'Académie une lettre sur laquelle nous reviendrons prochainement.

Emploi des inspirations d'éther dans la méningite cérébro-spinale. — M. BESSERON, médecin en chef de l'hôpital militaire de Mustapha, a eu l'idée de recourir aux inhalations d'éther dans une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi au commencement de cette année sur les troupes de la division d'Alger. La mort survenait dans la plupart des cas, en dépit de tout traitement, au bout de trois ou quatre jours, quelquefois après peu d'heures de séjour à l'hôpital.

Dans l'espace de vingt-cinq jours, M. Besseron a reçu dans son service neuf militaires atteints de cette grave maladie. Deux ont succombé, l'un au troisième jour de traitement, l'autre au cinquième ; trois peuvent être considérés comme guéris, deux sont dans un état satisfaisant ; des deux autres, chez le premier, l'issue est incertaine ; chez le second, le passage à l'état chronique est à craindre. Tous les malades ont offert la roideur de la colonne vertébrale, la céphalalgie, la rachialgie; le délire a été faible chez trois d'entre eux, violent, quelquefois furieux et ayant persisté plusieurs jours chez les autres. Trois sont entrés dans le coma avec contractions musculaires presque tétaniques. Cet état a disparu quinze ou vingt heures après, pour faire place à la céphalalgie intense, à la fièvre, au délire qui caractérisent le début ordinaire de cette affection.

Le traitement antiphlogistique a précédé chez tous l'emploi de l'éther; ordinairement il consistait en six, sept saignées dans les deux ou trois premiers jours, et en quelques applications locales de sangsues ou de ventouses. Les vapeurs éthérées ont été employées d'après les mêmes idées, les mêmes principes qui guident dans l'emploi thérapeutique du tartre stibié à haute dose. Elles ont été administrées à doses fractionnées, savoir, quatre, six, huit, dix inspirations renouvelées toutes les heures, et, dans les cas les plus graves, tous les quarts d'heure.

Les effets immédiats ont toujours été une fréquence plus grande de la circulation et de la respiration, fréquence qui cède au bout de quelques minutes pour faire place à une sédation marquée. Ses effets sur le système nerveux sont analogues. C'est d'abord un éveil subit de la sensibilité générale : ainsi, les yeux s'ouvrent, les pupilles se dilatent, les muscles se contractent, etc. Ces effets sont bientôt remplacés par une sédation des plus marquées; l'agitation diminue. Si le malade est dans le délire, il devient calme, ses paupières se ferment comme malgré lui ; mais si l'affection est violente, cela disparaît bientôt. Dans quelques cas des plus graves, M. Besseron a observé de l'intolérance pour l'inspiration éthérée. Après vingt-quatre, trente-six heures au plus, la tolérance s'établissait. Le premier effet thérapeutique de l'éther était de faire disparaître l'insomnie, et consécutivement la céphalalgie, le trouble de l'intelligence, l'agitation musculaire. Les fonctions revenaient en même temps à leur condition normale. La roideur de la tige vertébrale était le symptôme qui persistait le plus longtemps.

Fondé sur ces premiers essais, M. Besseron se demande si l'on n'est pas en droit d'attendre des inspirations éthérées appliquées à la méningite cérébro-spinale, et peut-être à d'autres maladies de l'encéphale et de la moelle, la même efficacité que celle obtenue de l'emploi du tartre stibié dans la pneumonie et le rhumatisme.

NOUVELLES MÉDICALES.

L'administration sanitaire vient de rendre l'ordonnance suivante; c'est une première satisfaction donnée aux réclamations des médecins.

Art. 1er. — Les provenances des pays suspects de peste ne seront plus rangées que sous le régime de la patente nette ou de la patente brute.

Il y aura patente brute lorsqu'il existera dans le pays de provenance ou dans les contrées en libre communication avec ce pays, soit une épidémie pestilentielle, soit des circonstances qui seraient de nature à faire craindre pour la santé publique. La patente de santé du navire devra être délivrée ou visée le jour même ou la veille du jour du départ du bâtiment.

Art. 2.—Les bâtiments arrivant en patente nette des ports de la Turquie d'Europe et d'Asie ou de l'Egypte, et ayant un médecin sanitaire à bord et des gardes de santé commissionnés par notre ministre secrétaire d'Etat de l'agriculture et du commerce, seront admis à la libre pratique lorsqu'il se sera écoulé dix jours pleins depuis leur départ du port de provenance.

Art. 3.—Les bâtiments arrivant en patente nette des ports de la Turquie d'Europe et d'Asie, la Syrie excepté, et n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, continueront à être soumis à une quarantaine d'observation de trois jours pleins dans les ports de la Méditerranée, et de vingt-quatre heures dans les ports de l'Océan et de la Manche.

Art. 4.—Les bâtiments arrivant en patente nette des ports de la Syrie et de l'Egypte, et n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, seront soumis à une quarantaine de cinq jours pleins à dater de leur arrivée.

Art. 5. — Les provenances en patente brute

de la Turquie d'Europe et d'Asie, de l'Egypte, seront soumises à une quarantaine de dix jours pleins à partir de l'arrivée, sans distinction des bâtiments ayant ou n'ayant pas de médecin sanitaire à bord.

Art. 6. — Les provenances en patente nette de la régence de Tunis seront admises en libre pratique immédiatement après la vérification des papiers de bord.

Art. 7.—Les marchandises en patente nette, quelles que soient leur provenance et leur nature, pourront être librement débarquées aussitôt après leur arrivée, lorsqu'il se sera écoulé dix jours au moins depuis le jour du départ.

Dans le cas de patente brute, les marchandises dites susceptibles seront soumises à une quarantaine de trois jours pleins à partir du jour de leur débarquement au lazaret.

Art. 8.—Si, pendant la traversée ou durant la quarantaine, il survient des cas de peste ou des maladies suspectes, le bâtiment, les passagers et les marchandises seront soumis à une quarantaine spéciale dont la durée sera déterminée par l'administration sanitaire du port d'arrivée, sauf l'approbation du ministre.

Art. 9.—Des médecins français désignés par le ministre du commerce seront institués dans ceux des ports du Levant où leur présence sera reconnue nécessaire pour assurer l'accomplissement des mesures prescrites dans l'intérêt de la santé publique.

Ils constateront, avant le départ de chaque bâtiment, l'état sanitaire du pays; la patente de santé sera délivrée sur leur rapport.

Les médecins sanitaires embarqués à bord des bâtiments, veilleront, pendant la traversée, à l'exécution exacte des dispositions qui seront ordonnées par le ministre du commerce, pour la purification en mer des effets et vêtements des passagers.

— Les promotions suivantes ont eu lieu dans l'ordre royal de la Légion-d'Honneur :

Commandeur : M. Fouquier.

Officiers : MM. Blandin, Bouillaud, Boyer (le baron), Mérat, Trousseau, Martin-Saint-Ange, Sichel.

Chevaliers : MM. Barth, Briquet, Fleury, Gavarret, Guillot (Natalis), Huguier, Mialhe, Monneret, Barthez, Belhomme, Aubert, Prus, Labarraque fils, Bataille, Legouas et Couverchel.

MM. Pravaz et Bonnet, à Lyon; Ribes, à Montpellier; Sue, à Marseille; Duval, à Rennes; Négrier, à Angers; Morin, à Rouen.

— MM. les docteurs Raisin, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, et Brachet, membre correspondant de l'Académie de médecine, déjà antérieurement, avaient été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur les officiers de santé militaires dont les noms suivent :

MM. Deslandes, médecin ordinaire à l'hôpital militaire de Phalsbourg; Puel, id. à l'état-major de la troisième division militaire; Gaudineau, id. à l'hôpital d'Hyères; Vassillière; Bruguière; Cambay; Mialhès; Grellois, en Algérie; Lustreman, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce; Lasserre, chirurgien-major au neuvième de ligne; Vives, id. à l'hôpital de Belle-Ile-en-mer; Gilgencrantz, id. au cinquième léger; Payen, id au troisième de chasseurs; Montagnac, id. au premier bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Chely, id. au quatrième hussards; Judan, id. premier lanciers; Lange de Beaujour, id. au neuvième léger; Bertrand, id. au soixante-cinquième de ligne; Dautcourt, id. au cinquante-neuvième de ligne; Marque, id. au régiment des zouaves; Pau-Saint-Martin, id. au sixième léger; Stéphanopoli, chirurgien aide-major au deuxième bataillon de chasseurs d'Orléans; Bailleux, id. au sixième d'artillerie; Dareix, id. au premier de chasseurs d'Afrique; André, pharmacien-major, professeur au Val-de-Grâce; Gogez, id. à l'hôpital de Dunkerque; Millot, id. en Algérie; Rivière, id. en Algérie.

— Le concours pour l'agrégation en médecine devant la Faculté de Paris a eu pour résultat les nominations suivantes : MM. Vigla, Becquerel, Guéneau de Mussy (Noël), Roger, Hardy.

— Le roi a désigné pour son premier chirurgien, M. le baron Pasquier, qui succède à son père. Il est remplacé comme chirurgien ordinaire de S. M., par M. le docteur Alphonse Pasquier, chirurgien aide-major au 5e d'artillerie.

— Le conseil d'État vient de rendre une décision importante en ce qui concerne les médecins appelés à remplir des fonctions municipales. M. le docteur Guépin, de Nantes, nommé conseiller municipal aux dernières élections, avait vu sa nomination cassée par le conseil de préfecture pour cause d'incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et celles de professeur à l'École de médecine. M. Guépin ayant interjeté appel au conseil d'État, celui-ci vient de décider que la fonction de professeur, exercée par ce médecin, ne le rangeait pas dans la catégorie des salariés de la commune. En conséquence, il a cassé la décision du conseil de préfecture de la Loire-Inférieure.

— Une place d'inspecteur des hospices et hôpitaux de Paris vient d'être créée par le conseil municipal. Elle sera, dit-on, occupée par M. Vatteville, qui s'occupe au ministère de l'intérieur de questions semblables.

— Une ordonnance du roi porte que les jurys médicaux organisés par les ordonnances royales du 8 avril 1841, l'arrêté ministériel du 12 avril même année, et prorogés pour un an par l'ordonnance royale du 22 mars 1846, sont de nouveau prorogés pour une année à partir du 12 avril 1847.

— La fièvre typhoïde sévit avec beaucoup d'intensité à Liverpool dans les quartiers habités par les Irlandais pauvres. Plusieurs employés des bureaux de secours qui sont en contact immédiat avec ces malheureux, ont succombé à l'épidémie.

— La classe des sciences de l'Académie

royale des sciences, des lettres et beaux-arts de Belgique met au concours pour 1847 la question suivante : « Donner l'anatomie descriptive et comparée du *placenta* dans les différents ordres de mammifères. » Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 600 fr. Les mémoires, écrits lisiblement en latin, français ou flamand, seront adressés, franc de port, avant le 20 septembre 1847, à M. Quetelet, secrétaire perpétuel.

— *Effets mortels de la vapeur d'éther dans un cas de lithotomie.* — Nous rapprocherons le fait suivant de celui que nous avons publié dans les nouvelles du dernier n°.

Le 12 février, M. Roger Nunn, chirurgien de l'hôpital de Colchester et d'Essex, a opéré de la taille Thomas Herbert, âgé de 50 ans. Soumis à l'action de l'éther pendant sept ou huit minutes, l'opération fut pratiquée sans difficulté et avec promptitude; pendant l'opération, qui dura dix minutes, l'éther fut administré par intervalles. La respiration devint pénible, et enfin stertoreuse; il se rétablit cependant peu après et revint à un état de calme, mais sans réaction pendant vingt-quatre heures. On lui prescrivit de petites quantités d'eau-de-vie et d'eau avec de l'arrow-root; des bouteilles chaudes furent placées dans le lit. Ce traitement fut continué jusqu'au lendemain, et alors on y ajouta de l'ammoniaque. Le malade eut du délire de huit heures du soir à neuf heures du matin, et un peu de réaction. Il mourut à cinq heures du soir.

Il faut remarquer que les petits vaisseaux qui furent divisés dans la première incision montrèrent beaucoup de tendance à saigner, sans doute par défaut de pouvoir contractile. Il n'y eut cependant pas d'hémorrhagie.

A l'autopsie, on trouva une congestion dans les membranes du cerveau, mais pas d'épanchement; les poumons étaient perméables, exsangues intérieurement, engorgés en arrière; le cœur flasque, de grosseur naturelle et presque vide; le rein gauche pâle, le droit un peu congestionné. La vessie et les parties adjacentes avaient l'aspect ordinaire après une opération.

Le sang, dans tout le système vasculaire, était dans un état de fluidité complète.

A cette observation, la *Gazette médicale* de Londres ajoute les réflexions suivantes :

« Les opérateurs sont jusqu'ici tombés dans l'erreur de ne considérer qu'un côté de la question. La science doit savoir gré à M. Nunn d'avoir placé *dans un jour aussi prononcé* le danger que peut occasionner l'usage de la vapeur d'éther. Nous avons eu jusqu'à ce jour un *flux de succès*; il est temps que nos correspondants s'arrêtent dans leurs publications de cas heureux, et tiennent compte du danger que peut présenter cette médication. »

— La Société de médecine de Caen vient d'accorder trois médailles d'or de la valeur de 500 fr. à MM. les docteurs Lepelletier de la Sarthe, Saucerotte de Lunéville, et Coste, professeur à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, pour le concours ouvert en 1845. Elle a accordé en outre une médaille d'encouragement à M. le docteur Piedvache, de Dinan. Voici quel avait été le sujet proposé au concours : « Faire succinctement l'histoire de la dernière révolution opérée dans l'enseignement et la pratique de la médecine, ou de ce qu'on a désigné sous la dénomination de médecine physiologique, en la considérant dans ses diverses phases depuis son origine jusqu'à ce jour. Indiquer d'une manière impartiale ses avantages et ses désavantages; fixer surtout avec précision ce qui en restera de vraiment utile pour la science et pour l'art. »

— M. Domange-Hubert vient de faire paraître une nouvelle édition de l'*Almanach général de médecine* pour 1847; cette fois encore il signale une augmentation, peu importante il est vrai, dans le personnel médical de Paris.

Le nombre des docteurs en médecine, qui était de 1430 au 1er janvier 1845, est aujourd'hui de 1442. Sur les 1430 docteurs qui figuraient dans la liste générale de 1845, 50 sont décédés, et 62 ont quitté Paris. Sur les 1442 docteurs mentionnés dans l'édition de cette année, il y a 125 noms nouveaux. Le chiffre des décès, durant la période des deux dernières années, a été incomparablement plus fort que celui des années précédentes. Ainsi, le chiffre moyen, qui était ordinairement de 16 à 18 par année, s'est élevé à 25 en 1845 et 1846. A côté des médecins qui ont succombé après avoir parcouru longuement leur honorable carrière, la mort a largement promené sa faux dans les rangs de nos jeunes confrères; nous citerons dans le nombre : Bérard (Auguste), Husson fils, Thibert, Louis (Édouard), etc.

Nécrologie.

La science chirurgicale vient de faire une de ses plus grandes pertes. M. Lisfranc, après avoir souffert pendant vingt-huit jours d'une angine couenneuse qui a successivement envahi la bouche, la langue et les bronches, a été enlevé au second accès d'une fièvre rémittente pernicieuse, dans la nuit du 11 au 12 mai.

M. Lisfranc n'était âgé que de cinquante-huit ans. Il laisse inachevé son *Précis de médecine opératoire*, ce qui a fait le tourment de ses derniers instants. Il était chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc. Il avait inutilement frappé à la porte de la Faculté de médecine et à celle de l'Institut. On sait ce qui a pu lui fermer la première. Quant à ses droits à franchir le seuil de la seconde, M. Serres, de l'Institut, les a consacrés par ces simples paroles sur sa tombe : jai toujours dit à l'Académie des

sciences qu'il lui manquait deux noms, celui de Broussais et celui de Lisfranc.

— M. le docteur Puzin, ancien chirurgien des armées, vient de mourir dans sa maison de santé de Chaillot, à l'âge de soixante-douze ans.

— La ville de Besançon vient de perdre un de ses citoyens les plus recommandables. M. Désiré Ordinaire est décédé à Mézières le 7 avril, à l'âge de soixante-quatorze ans.

M. Désiré Ordinaire, docteur en médecine, a été professeur à la Faculté des sciences à Besançon en 1809, inspecteur de l'Académie après la suppression de cette Faculté, recteur de l'Académie de Strasbourg en 1825, directeur de l'institution royale des sourds-muets de Paris après 1830.

— HOPITAL SAINT-LOUIS. *Cours sur les maladies de la peau.* M. GIBERT a commencé son cours d'été, le mardi le 25 mai à neuf heures, et le continue les mardis suivants. La visite des salles a lieu à huit heures et demie; la consultation publique, tous les lundis.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Explication des planches de l'atlas de janvier 1847.

Chirurgie oculaire (1).

(DESMARRES.)

(Atlas de juillet 1845 et de janvier 1846.)

PLANCHE V.

OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Figure 1.

Elle représente la bague de la fig. 12, engagée sur le doigt médius du chirurgien et appliquée sur l'œil pour fixer cet organe pendant l'opération de cataracte par extraction.

a. Cataracte.
b. Iris.
1. Plaques de la bague.
2, 3. Doigts du chirurgien abaissant la paupière inférieure.
4, 5. Doigts de l'aide relevant la supérieure. (V. fig. 12, même planche.)

Figure 2.

SCLÉROTICONYXIS.

Abaissement par un nouveau procédé de l'auteur. — Premier temps de l'abaissement.

1. Couteau lancéolaire (v. fig. 11) enfoncé dans la sclérotique. (Ce couteau peut être remplacé par une *lancette ordinaire.*)
2. Lame du couteau, vue par sa face inférieure.
a. Plaie de la sclérotique.

Figure 3.

Deuxième temps de l'abaissement.

1. Manche de l'aiguille. Spatule de la figure 10. (Cet instrument peut être remplacé par un *stylet ordinaire.*)
2. Spatule placée sur le cristallin; l'instrument introduit dans le globe par la plaie sclérotical est prêt à renverser la cataracte d'avant en arrière.
a. Plaie faite à la sclérotique.
b. Cataracte remplissant la pupille dilatée par la belladone.
c. Iris.

Figure 4.

Troisième temps de l'abaissement.

Le cristallin est abaissé et en même temps renversé sous le corps vitré, en bas et en dehors.

1. Manche de la spatule relevé vers le front du malade.
2. Spatule tenant le cristallin abaissé.
a. Plaie de la sclérotique.
b. Pupille devenue noire après l'abaissement de la cataracte.
c. Cristallin abaissé, vu à travers les membranes d'enveloppe, supposées transparentes.

Figure 5.

DILACÉRATION DE LA CAPSULE.

(*Procédé de l'auteur.*)

Les cataractes dans lesquelles l'iris est adhérent à la capsule dans une grande étendue ne pouvant être ni *abaissées* ni *extraites* sans les plus grandes difficultés, l'auteur se borne à déchirer la capsule selon le procédé représenté dans cette figure.

La sclérotique a été ponctionnée comme dans la figure 2. Un crochet à décollement est introduit par la plaie au devant de la capsule, qui sera déchirée dans toute l'étendue de la pupille.

1. Manche du crochet.
2. Crochet introduit dans la pupille.
a. Plaie de la sclérotique.
b. Cataracte.
c. c. c. Adhérences de l'iris à la capsule devenues plus visibles sous l'influence d'instillations de belladone.

Figure 6.

EXTRACTION D'UNE CATARACTE CAPSULAIRE SECONDAIRE PAR LA SCLÉROTIQUE.

Une pince à branches d'inégale longueur (voyez cet instrument représenté fig. 13) est introduite dans l'œil par une plaie de la sclérotique, semblable à celle de la fig. 2. La branche

(1) Voyez les planches précédentes dans l'atlas de juillet 1845 et de janvier 1846.

longue de la pince, tenue d'abord fermée, sert à rompre les adhérences de l'iris à la capsule, comme on pourrait le faire avec une aiguille. A deux millimètres et demi de l'extrémité de cette même branche longue qui doit passer en avant de la cataracte et qui sert de conducteur, il y a une petite ouverture (voy. n° 5, fig. 13) dans laquelle vient s'engager une pointe (n° 3, même figure) qui empêche la capsule de s'échapper. La cataracte est entraînée ensuite par la plaie scléroticale.

a. Plaie de la sclérotique.

b. Capsule opaque.

c. Partie de la pupille que l'enlèvement commencé de la capsule opaque vient de rendre libre.

1. Manche de la pince.

2. Extrémité de la branche longue de la pince.

3. Ouverture pratiquée sur la branche longue dont les branches sont rapprochées.

Figure 7.

EXTRACTION D'UNE CATARACTE CAPSULAIRE SECONDAIRE PAR LA CORNÉE.

Une pince fine ordinaire à dents de souris est introduite dans la chambre antérieure par la cornée; la capsule opaque est saisie et entraînée au dehors.

a. Plaie verticale de 5 à 6 millimètres faite à la cornée près de sa circonférence interne.

b. Portion de capsule opaque entraînée au dehors par la pince.

c. Autre portion de la capsule opaque encore adhérente à l'iris.

d. Petite partie de la pupille commençant à se découvrir, comme dans la figure précédente.

1. Manche de la pince.

KÉRATONYXIS.

Figure 8.

Premier temps. — Ponction.

La figure représente une moitié latérale de l'œil ; on peut y voir la direction de l'aiguille, et, en comparant avec la fig. 9, la route que suit le cristallin dans l'abaissement.

1. Manche de l'aiguille abaissée vers la joue du malade.

2. Lance de l'aiguille, tournée la concavité en haut, et placée sur le cristallin.

a. Endroit où la cornée. vue de profil, a été traversée par l'aiguille.

b. b. Iris vu de profil.

c. Cristallin.

d. Corps vitré.

Figure 9.

Deuxième temps.— Abaissement du cristallin.

1. Manche de l'aiguille relevé vers le front du malade.

2. Lance de l'aiguille appliquée, la concavité en haut, sur le cristallin abaissé.

a. Point de ponction dans la cornée.

b. b. Iris vu de profil.

c. Cristallin abaissé sous le corps vitré.

d. Corps vitré.

Figure 10.

Spatule pour l'abaissement de la cataracte.

a. Convexité de la spatule. On applique cet instrument par sa concavité sur la cataracte.

Figure 11.

Couteau lancéolaire de Beer servant à ponctionner la cornée ou la sclérotique (opérations dessinées dans les figures précédentes). A la pointe *a. a.* est une ligne servant à indiquer la profondeur à laquelle la lame doit pénétrer dans la sclérotique.

Figure 12.

Bague servant à fixer l'œil dans l'opération de cataracte par extraction.

a. Pointes destinées à être implantées dans la sclérotique. (La bague fonctionne aussi bien quand il n'y a qu'une seule pointe.) Elles sont montées sur une tige flexible, recourbée, et doivent, lorsque la bague est placée, se cacher entièrement dans la pulpe du doigt médius. L'opérateur peut toujours, avec cet instrument, *graduer la pression qu'il exerce sur le globe*, avec lequel le doigt, armé des pointes, est en contact *immédiat*, avantage que ne présentent point les instruments imaginés dans le même but.

Figure 13.

Pince pour l'extraction des cataractes capsulaires secondaires.

1. Branche courte.

2. Branche longue.

3. Pointe de la branche courte destinée à s'engager dans une petite ouverture de la branche longue.

4. Extrémité de la branche longue.

5. Ouverture destinée à recevoir la pointe de la branche courte.

PLANCHE VI.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

Première méthode. — Incision.

Figure 1.

Premier temps.

Un petit bistouri a pénétré dans la chambre postérieure par la sclérotique et a été conduit d'arrière en avant dans l'antérieure à travers l'iris.

1. Manche du petit bistouri.

2. Lame du même instrument.

a. Endroit où l'iris est adhérent à la cornée ; c'est là que la pupille naturelle a disparu dans une ulcération.

b. Large tache blanche de la cornée.

c. Iris.

Figure 2.

Deuxième temps.

Le couteau a été dirigé le tranchant en arrière, et l'iris a été divisé transversalement. —

Dans *le troisième temps*, le bistouri est sorti de l'œil.

a. Tache de la cornée.

b. Pupille artificielle à travers laquelle on voit le fond noir de l'œil.

Deuxième méthode. — Décollement.

Figure 3.

Elle sert à faire comprendre que dans le décollement la ponction de la cornée doit être parallèle à la base de la pupille.

Les triangles noirs représentent des pupilles artificielles; à leur sommet on voit une ligne noire dont la direction est la même que celle de la base. Cette ligne indique le sens dans lequel la ponction de la cornée sera faite.

Figure 4.

Premier temps.

Ponction de la cornée. — Le couteau lancéolaire pénètre dans la chambre antérieure et fait à la cornée une incision de 4 à 5 millimètres.

a. Tache blanche de la cornée.

b. Incision de la cornée.

c. Iris.

1. Manche du couteau lancéolaire.

2. Pointe du même couteau vue à travers la cornée.

Figure 5.

Deuxième temps.

Introduction du crochet. — Cet instrument, conduit dans la chambre antérieure, entre l'iris et la cornée, est à moitié caché derrière la circonférence de cette membrane ; l'opérateur n'a plus qu'à tourner la pointe du côté de l'iris.

a. Tache blanche de la cornée.

b. Incision de la cornée.

c. Iris.

1. Manche du crochet.

2. Crochet à moitié caché derrière la sclérotique.

Figure 6.

Troisième temps.

Décollement de l'iris. — L'instrument accroche l'iris à ses attaches ciliaires et commence à le *décoller*. On voit une partie de la pupille artificielle.

a. Tache blanche de la cornée.

b. Incision de la cornée.

c. Iris.

d. Partie de la pupille artificielle.

Figure 7.

Quatrième et cinquième temps.

Sortie de l'iris de la chambre antérieure. — Excision de cette membrane. L'instrument ayant continué d'entraîner l'iris, l'amène au dehors, et le chirurgien l'excise au ras de la cornée. On voit toute la pupille artificielle.

a. Tache de la cornée.

b. Incision de la cornée.

c. Portion d'iris entraînée au dehors.

d. Pupille artificielle.

1. Crochet.

2. Ciseaux courbes.

Troisième méthode.—Excision (1).

Figure 8.

Premier temps.

Ponction par la cornée. — Le couteau lancéolaire courbe a pénétré dans la chambre antérieure à un millimètre de la sclérotique.

a. Tache de la cornée.

b. Iris.

c. Petite partie de la pupille naturelle conservée et dilatée par la belladone.

d. Ponction de la cornée.

1. Manche du couteau.

2. Pointe du couteau vue dans la chambre antérieure à travers la cornée.

Figure 9.

Ponction par la sclérotique. — Le couteau vient de pénétrer dans la chambre antérieure en divisant la sclérotique en biseau et en passant sous les attaches de la cornée, qui sont ainsi respectées.

a. Tache de la cornée.

b. Iris.

c. Reste de la pupille naturelle.

d. Plaie de la sclérotique.

1. Manche du couteau.

2. Pointe du couteau vue dans la chambre antérieure.

Figure 10.

Deuxième temps.

Une pince courbe est introduite dans la chambre antérieure. L'extrémité du mors arrive jusque sur la marge de la pupille.

a. Tache de la cornée.

b. Iris.

c. Reste de la pupille naturelle.

2. Extrémité de la pince dans la chambre antérieure.

Figure 11.

Les branches de la pince sont écartées l'une de l'autre, et l'iris, s'y engageant, est saisi par sa marge pupillaire.

Figure 12.

Troisième temps.

L'iris, entraîné au dehors, est excisé.

a. Tache de la cornée.

b. Portion d'iris conservée.

c. Pupille artificielle.

d. Ponction de la cornée.

e. Portion d'iris entraînée au dehors et sur le point d'être excisée.

1. Pince.

2. Ciseaux courbes.

FIN.

(1) La partie de la pupille naturelle conservée a été beaucoup agrandie par le dessinateur, pour rendre plus facile l'intelligence des dessins.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 2e SEMESTRE DE LA 14e ANNÉE.

1846—1847.

A.

Abcès du cœur. 158
Accouchements.—Inhalations d'éther. 95, 122
Accouchement prématuré artificiel. 98
— spontané avant terme. 98
Acide nitrique contre l'albuminurie. 114
Affection erratique. 199
Affections fébriles (Considérations sur les). 25
Affusions d'eau froide. 73, 117
AGOSTINACCHIO.—Spécifique antigoutteux. 78
Air (Introduction dans le cœur). 37
Albuminurie. — Acide nitrique. 114
ALEXANDER. — Fièvre intermittente et phthisie. 76
Aliénation mentale.—Douche. 73, 117
ALLAIN.—Cas d'opération césarienne. 210
Ambrosia trifides contre la salivation. 79
Aménorrhée —Iode. 120
Ammoniaque contre les brûlures. 157
Amputations spontanées chez un nouveau-né. 218
AMUSSAT.—Inhalations d'éther. 123, 160
Anatomie descriptive (Manuel d'). 209
Anévrysme carotidien. — Galvanopuncture. 216
— *huméral*, id. 210
— *poplité* — Gangrène; mort. 49
Antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie. 34
Aorte abdominale (Compression de l'). 158
APOIGER.—Sang, contre-poison de l'arsenic. 81
Argent (*Nitrate d'*). Érosions du rectum. 116
Arsenic (Sang contrepoison de l'). 81
Ascite.—Iodure d'amidon. 118
Aspiration (Méthode par) pour opérer la cataracte. 209
Atlas de janvier 1847. — Explication des planches. 224, 277
Autoplastie (Cas d'). 45

B.

BARTH.—Topographie d'Hyères. 69
Bassin (Retrécissements du). 98
BAUDELOCQUE.—Cathétérisme de l'oreille. 271
BAUDENS.—Inhalation d'éther. 166
BÉHIER.—Service clinique. 138
Belladone associée au fer. 34
—associée à l'onguent mercuriel. 34
BÉNIQUÉ.—Cathétérisme. 72
BERNARDEAU.—Traitement de la phthisie. 32
BERTINI.—Empoisonnement par la strychnine. 215
BESSERON.—Inspiration d'éther. 274
BEUGNOT (comte).—Rapport sur le projet de loi relatif à la médecine et à la pharmacie. 231
BLANCHET. — Absence congéniale des points lacrymaux. 269
BLANDIN (Clinique de M.). 45
— Inhalations d'éther. 122, 219
Blépharophimosis. 213
Blépharoplastie. 47
BOINET.—Corps étrangers aigus dans l'urètre. 145
BOUCHACOURT.—Cathétérisme utérin. 74
BOUCHARDAT.—Diabète sucré. 155
BOUISSON.—Injections vineuse et iodée. 3
—Tumeurs syphilitiques des muscles. 28
BOULEY.—Inhalations d'éther. 121
BOUVIER.—Id. 122, 164
BOYER (Lucien) —Encouragement que lui décerne l'Académie des sciences. 272
BOZZI.—Rate tombée dans le bassin. 214
BRETT.—Extirpation de la parotide. 159
BRIÈRE (de Boismont). — Encouragement que lui décerne l'Académie des sciences. 272
BRIQUET.—Visites d'hôpital. 138, 157
— Affection saturnine; opium. 157
Brûlures.—Ammoniaque. 157
BUREAUD-RIOFREY. — Traitement de la phthisie. 84
BURGUET.—Iodure d'amidon. 118

C.

CABARET.—Hydrocèle du cordon. 55
Café (*infusion de*), pour masquer l'amertume de la quinine. 156, 211
Calomel à doses fractionnées. 31
Cancer de la face. 46
—*des lèvres.*—Extirpation, accidents. 50
—*de la peau.*—Chlorate de potasse. 215
—*du sein.*—Anatomie et thérapeutique 88
Canthoplastie. 213
Cataracte (*opération de la*).—Planche. 277
—Ramollissement de la cornée. 36
—Méthode par aspiration. 209
Cathétérisme. 72
—dans le rétrécissement de l'œsophage. 162
—utérin. 74
CATTEL.—Injections urétrales. 81
Cautère actuel.—Chute du rectum. 191
—Leucorrhées utérines. 80
Cerveau (Ramollissement du). 135
Césarienne (Opération). 210
Chanvre indien contre le tétanos. 38

CHASSAIGNAC.—Nouveau mode de réduction du paraphimosis. 191
Chélidoine (Empoisonnement par la). 118
CHÉREAU.—Corps étrangers aigus dans l'urètre. 204
Chlorate de potasse. 215
Chlorose.—Iode. 120
CHOMEL.—Clinique. 135
Chorée.—Sanicle du Maryland. 79
Chute du rectum.—Bouton de feu. 191
CIVIALE.—Lithotritie. 43
Climats chauds. — Influence sur le diabète. 38
Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand. 151
Cochenille contre la coqueluche. 75
Cœur (Abcès du). 158
— (Introduction de l'air). 37
COLAS.— Traitement des maladies chroniques. 196, 270
Coliques de cuivre et de plomb comparées. 221
Col de l'utérus.—Recherches, etc. 66, 131
Combustion spontanée de plantes. 81
COMYN.—Empoisonnement par la chélidoine. 118
Concours.—Voy. aux nouvelles de chaque numéro et aux séances publiques annuelles des Académies.
Copahu (Injections de). 81
Coqueluche.—Cochenille. 75
Cordon spermatique (Hydrocèle du). 55
Cornée (Ramollissement de la). 36
Corps étrangers aigus dans l'urètre. 45, 204
Cubèbe (Injections de). 81
Cuivre (*Sulfate de*).—Empoisonnement. 6

D.

DEBOUT.—Anévrysme huméral ; galvanopuncture. 210
DENONVILLIERS.—Inhalations d'éther. 220
DESMARRES.—Pupille artificielle. 20
—Paracentèse de l'œil. 51
—Traité des maladies des yeux. 207
—Opération de la cataracte. 277
— —de la pupille artificielle. 279
Diabète sucré.—De sa nature. 155
—Influence des climats chauds. 38
DICK.—Diverses formes de dyspepsie. 78
Douche dans l'aliénation mentale. 73, 117, 139
Douleur dans les opérations chirurgicales. — Moyen de la supprimer. (Voyez *Éther.*)
DUBOIS (d'Amiens).—Rapport sur le cathétérisme de l'œsophage. 162
—Sur la maladie de M. Cottereau. 170
DUBOIS (P.).—Inhalations d'éther. 95, 161
—Accouchement prématuré artificiel. 98
—Hémorrhagie par le tubercule ombilical. 97
—Amputations spontanées chez un nouveau-né. 218
DUCROS.—Inhalations d'éther. 123
Dyspepsie (Diverses formes de). 78

E.

Eau froide (De l'). 73, 100, 138
Eclampsie des nouvelles accouchées. 76
Ecoulements d'oreille. 15, 61, 192, 265
ELLSWORTH.—Du véritable inventeur du moyen de supprimer la douleur dans les opérations. 90
Embaumement.—Rapport académique. 218
Embryon de poulet au deuxième stade d'incubation.—Texte de planche. 227
Emplâtre agglutinatif sans plomb. 119
Empoisonnement par la chélidoine. 118
— par la strychnine. 215
— par le sulfate de cuivre. 6
Engraissement comme traitement de la phthisie. 84
Epiglotte (Sangsues sur l'). 32
Ergot de seigle contre la spermatorrhée. 119
Erosions du rectum.—Nitrate d'argent. 116
Erratique (Affection). 199
Erysipèle double symétrique. 50
— péritonite métastatique mortelle. 51
— Éther camphré. 117
ESCHERICH.—Ophthalmo-blennorrhée. 35
Ether camphré contre l'érysipèle. 117
Ether (*Inhalations d'*). 87, 89, 95, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 159, 164, 165, 205, 212, 219, 221, 222, 269, 273, 274, 276
—dans la méningite cérébro-spinale. 274
— en chirurgie oculaire. 205
— Mort par suite de l'inhalation éthérée. 222, 276
— injecté dans les artères. 221
Exposé des motifs du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. 169

F.

FANTONETTI. — De l'iode contre la chlorose. 120
Fécules.— Moyen de les distinguer entre elles. 211
Fer (*Sous-carbonate de*) associé à la belladone dans un cas de gastralgie. 34
Fièvre intermittente (Théorie de la). 83
— *et phthisie.* 76
— *pernicieuse.* 34
Fissure à l'anus.—Cautérisation. 156
FLEURY.—Des injections vineuse et iodée. 93
FLOURENS.—Inhalations d'éther. 127, 164, 165
FORGET.—De l'acide nitrique contre l'albuminurie. 114
—De la phlébite spontanée. 155
FOUCAUD. — Appareil pour la luxation coxo-fémorale spontanée. 71
FROEBELIUS.—Blépharophimosis. 213

G.

Galvanopuncture dans des cas d'anévrysmes. 210, 216

Gastralgie.—Belladone associée au fer. 34
Génioplastie. 46
GERDY.—Inhalations d'éther. 124
—Inflammation des tissus albuginés. 269
Glace (Appareil pour faire de la). 220
Goudron calcaire (Poudre de). 65
Goutte (Spécifique contre la). 78
GUÉPRATTE.—Analyse d'un traité des maladies vénériennes. 109
GUÉRARD.—Empoisonnement par le sulfate de cuivre. 6
—Ammoniaque contre les brûlures. 157
GUERSANT.—Chute du rectum. 191
GUILLON.—Rétrécissements de l'urètre; incisions intra-urétrales. 41, 203
—Encouragement que lui décerne l'Académie des sciences. 272

H.

Hachisch (Préparations de). 39
HAMILTON.— Anévrysme; galvanopuncture. 216
Hémorrhagie cérébrale.—Diagnostic. 135
—*ombilicale.*—Ligature. 97
—*utérine.*—Compression de l'aorte. 158
Hémorrhagies intermittentes. 33
Hernie étranglée du trou ovalaire. 213
HERPIN.—Traitement des fissures anales. 156
HEULHARD D'ARCY.—Squirrhe de la cavité abdominale; extirpation. 73
HONORÉ.—Névralgies soulagées par l'inhalation éthérée. 121, 122
Hoquet convulsif.—Belladone associée au fer. 34
HOWITT.—Abcès du cœur. 158
HUBERT-VALLEROUX. — Écoulements d'oreille. 15, 61, 192, 265
—Résultats d'une mission ophthalmologique. 149
Huile de poisson commune.—Son utilité. 116
Hydrocèle double. — Injections vineuse d'un côté, iodée de l'autre. 3, 93
— *du cordon spermatique*, par A. Scarpa. 55
Hydrolat de copahu ou de cubèbe. 81
Hygiène (Nouveaux éléments d'). 28
Hystérie (Traité de l'). 154

I.

IMRAY.—Diabète sucré. 38
Incisions intra-urétrales. 41, 203
Inhalations d'éther. Voy. *Éther.*
Injections au copahu et au cubèbe. 81
Injections vineuse d'un côté et iodée de l'autre dans un cas d'hydrocèle double. 3, 93
Institutions médicales.—Du projet de loi du ministre sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. 133, 185
—Du projet amendé par la commission des pairs. 230
Insufflation prolongée dans un cas de mort apparente. 30
Iode contre l'aménorrhée et la chlorose. 120
—(Teinture d') contre l'ostéite. 36
Iodure d'amidon contre l'ascite. 118
—*de potassium.*— Son action sur la pommade mercurielle. 81
Iritis intermittente. 76

J.

JAROWITZ. — Ergot de seigle contre la spermatorrhée. 119
JOBERT.—Inhalations d'éther. 122, 159

K.

KAULA.—Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand.— De la spermatorrhée. 151
KEMMERER.—Poudre de goudron calcaire. 65

L.

Lacrymales (*Maladies des voies*). — Sublimé. 36
—Absence congéniale de leurs points. 269
LALLEMAND.—Inhalations d'éther. 127
—(Clinique médico-chirurgicale). 151
LANDOUZY.—Inhalations d'éther. 121
—Traité complet de l'hystérie. 154
LANDSBERG.—Éclampsie des nouvelles accouchées. 76
LAUGIER.—Inhalations d'éther. 124
—Nouvelle méthode pour opérer la cataracte. 209
Lavements au nitrate d'argent. 116
LE BLUS.—Gastralgie. Mentagre. 34
LEGRAND.—Préparations d'or. 73, 113
LEROY (Camille).—Affections fébriles. 25
LEROY (d'Étioles).—Inhalations d'éther. 127
Leucorrhée utérine.—Cautère actuel. 80
LÉVY (Michel).— Signes de la mort apparente. 166
Lithotritie. 43
— et taille. 82
Loi (*Projet de*) du ministre sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. 104, 169
—amendé par la commission de la Chambre des pairs. 255
LONDE.—Nouveaux éléments d'hygiène. 28
LONGET.—Inhalations d'éther. 123
LOURADOUR.—Préparations de hachisch. 39
Luxation du bras.—Examen anatomique. 48
Luxation coxo-fémorale spontanée. 71
— du fémur dans l'échancrure sciatique. 47

M.

MAISONNEUVE. — Indemnité que lui accorde l'Académie des sciences. 273
Maladies aiguës (Considérations sur les). 25
—*chroniques* (Traitement des). 196, 270
—*simulées.*—Moyen de les reconnaître. 166
—*vénériennes* (Traité des). 109
—*des voies lacrymales.*— Sublimé corrosif. 36
—*des yeux* (Traité des). 207

MALGAIGNE.—Inhalation d'éther. 122
MANDL.—Signes de la mort réelle. 165
Manuel d'anatomie descriptive. 209
MARTIN-SOLON.—Rapport académique sur les coliques de cuivre et de plomb. 221
MARTIN (Stanislas).—Du café mélangé à la quinine. 211
MARZUTTINI.—Extirpation de la parotide. 37
MAYET.—Moyen de distinguer les fécules. 211
MAZADE.—Calomel à doses fractionnées. 31
Médecine (Projets de loi sur l'exercice et l'enseignement de la). 104, 255
Méningite cérébro-spinale.—Inspirations d'éther. 274
Mentagre.—Onguent mercuriel belladonisé. 34
Mercure.—Voy. *Calomel, Sublimé.*
Mercuriel (*Onguent*) belladonisé. 34
MILLER.—Du chanvre indien. 38
MILLON. — Coliques de cuivre et de plomb. 221
Mission opthalmologique (Résultats d'une). 149
MITCHELL.—Leucorrhées utérines. 80
MONTFORT (Van).—Fièvre pernicieuse. 34
MOREL.—Encouragement que lui décerne l'Académie des sciences. 272
MOREL.—De l'eau froide. 100, 138
Morphine. Voy. *Opium.*
Mort apparente (Signes de la). 165, 166
Muscles (Tumeurs syphilitiques des). 28

N.

NÉGRIER. — Hémorrhagies utéro-placentaires. 66
Néphrite albumineuse.—Acide nitrique. 114
Névralgies guéries par l'inhalation éthérée. 121, 122
Névralgie lombo-abdominale. 115
Nitrate d'argent.—Érosions du rectum. 116
—Fissure à l'anus. 156

O.

OEdème des membres inférieurs chez les phthisiques. 211
OEil (Paracentèse de l'). 51
OEufs de poule au premier stade d'incubation. 226
Onguent mercuriel belladoné. — Mentagre. 34
Opération césarienne (Cas remarquable). 210
Opérations chirurgicales (Moyen de supprimer la douleur dans les). (Voyez *Ether*).
Ophthalmies intermittentes. 29, 76
Ophthalmo-blennorrhée des nouveau-nés. 35
Ophthalmologique (Résultats d'une mission). 149
Opium dans un cas d'affection saturnine. 157
—contre l'empoisonnement par la strychnine. 215
Or (Préparations d'). 72, 113
Oreille.— De ses maladies dans leur rapport avec les affections du cerveau. 77
—(*Ecoulements d'*). 15, 61, 192, 265
ORFILA.—Réclamation. Ses rapports avec la commission des pairs. 260
Os (*Inflammation des*).—Teinture d'iode. 36
Ouïe (Exaltation idiopathique de l'). 35
Ovules dans l'ovaire. 225

P.

Pannus. — Inoculation du pus blennorrhagique. 29
Paracentèse de l'œil. 51
Paraphimosis.—Nouveau mode de réduction. 191
PARISET.—Discours sur la peste (fin). 8
Parotide (Extirpation de la). 37, 159
Paupières.— Rétrécissement de leur ouverture. 213
Peau (*Cancer de la*). Chlorate de potasse. 215
Peste.—Discours de M. Pariset (fin). 8
—Discussion académique. 40
—Conclusions du rapport de M. Prus. 54
PETTENKOFFER. — Emplâtre agglutinatif sans plomb. 119
Phimosis (Opération du). 117
Phlébite spontanée. 155
—des veines de la face. 50
Phthisie pulmonaire et fièvre intermittente. 76
—Œdème des membres inférieurs. 211
— Engraissement et exercice. 84
— Tartre stibié. 32
PICHARD.—Des ulcérations du col utérin. 131
PIORRY.— Théorie des fièvres intermittentes. 83
PIROGOFF.—Éther en vapeur par le rectum. 273
Placenta implanté sur le col. 39, 66
Pleurésie compliquant le rhumatisme. 138
PLOUVIEZ.—Sel marin comme aliment. 166
POEL (Van).—Pommade mercurielle. 81
Pommade mercurielle. — Action de l'iodure de potassium. 81
Potasse caustique.—Son action sur les fécules. 211
Potion drastique. 40
Poudre de goudron calcaire. 65
Prix. — Voyez aux nouvelles de chaque numéro.
Prix de l'Académie de médecine. 41
Projets de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. 104, 255
—Réflexions sur ces projets de loi. 133, 185, 229
PRUS. — Conclusions du rapport sur la peste. 54
Pupille artificielle. 20
—(*opération de la*).—Texte de planche. 279

Q.

Quinine (*Sulfate de*). Moyen de lui enlever son amertume. 156, 211
—dans le rhumatisme articulaire. 136

R.

Ramollissement cérébral.—Diagnostic. 135
Rapport de M. le comte Beugnot sur le projet de loi relatif à la médecine et à la pharmacie. 231
Rate tombée dans le bassin. 214
RECH.—Douche contre l'aliénation mentale. 73, 117
Rectum (Érosions du).—Nitrate d'argent. 116
Relation médico-chirurgicale de l'expédition du Bou-Thaleb. 154
RENAULT.—Inhalations d'éther. 121, 160
Résections partielles de la mâchoire inférieure. 46, 50
Rétrécissement de l'ouverture des paupières. 213
Rétrécissements de l'urètre. — Incisions intra-urétrales. 41, 203
Rétrécissement du bassin. 98
REYNAUD.—Traité des maladies vénériennes. 109
Rhumatisme articulaire compliqué de pleurésie. 138
—Sulfate de quinine. 136
ROBERTSON.—De l'ambrosia trifides. 79
ROESER.—Hernie étranglée du trou ovalaire. 213
ROOSBROCK (Van).—Résultats d'une mission ophthalmologique. 149
ROUX.—Inhalations d'éther. 123, 125

S.

Salivation.—Ambrosia trifides. 79
SALLION (fils). — Hémorrhagies intermittentes. 33
Sang, contre-poison de l'arsenic. 81
Sangsues sur l'épiglotte. 32
Sanicle du Maryland contre la chorée. 79
SAPPEY.—Manuel d'anatomie descriptive. 209
Sarcocèles syphilitiques. 262
Saturnine (Affection).—Opium. 137
Scarifications intra-urétrales. 41, 203
SCARPA (A.).—Hydrocèle du cordon spermatique. 55
SCHMALZ.— Exaltation idiopathique de l'ouïe. 35
Section sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières. 213
Seigle ergoté contre la spermatorrhée. 119
Sein (Cancer du). 88
Sel marin comme aliment. 166
SERRES.—Inhalations d'éther. 123, 127, 128
SEUTIN.—Compression de l'aorte abdominale. 168
SHRIMPTON.—Expédition du Bou-Thaleb. 154
SICHEL.—Inhalations d'éther. 205
SICHERER. — Traitement de l'ostéite. 36
—Maladies des voies lacrymales. 36
SILVANO.—Des maladies de l'oreille. 77
SIMPSON.—Cathétérisme utérin. 74
Sirop d'orgeat. 39
SNABILIÉ.—Iritis intermittente. 76
Spermatorrhée (De la). 151
Spermatorrhée.—Seigle ergoté. 117
Sperme et spermatozoaires. 224
Squirrhe de la cavité abdominale.—Extirpation. 73
STOUT.—Traitement du pannus. 29
Strychnine.—Empoisonnement. 215
Sublimé.—Maladies des voies lacrymales. 3[illegible]
Substances vénéneuses (Tableau des). 1[illegible]
Sulfate de cuivre.—Empoisonnement. [illegible]
—*de quinine.* Voy. *Quinine.*
Syphilitiques (Tumeurs) des muscles. 28

T.

Tableau des substances vénéneuses. 129
Taille et lithotritie. 82
Tartre stibié dans la phthisie. 32
TAVIGNOT.—Ophthalmies intermittentes. 29
TEDESCHI.—Cancer de la peau. 215
Teinture d'iode contre l'ostéite. 36
Tétanos traumatique.—Chanvre indien. 38
TEXTOR.—Ramollissement de la cornée. 36
Topographie médicale d'Hyères. 69
Traité pratique des maladies vénériennes. 109
— théorique et pratique des maladies des yeux. 207
TROLLIET.—Sangsues sur l'épiglotte. 32
TROUSSEAU.— Lavements au nitrate d'argent. 116
—Traitement de l'érysipèle. 117
—Cathétérisme de l'œsophage. 162
Tumeurs syphilitiques des muscles. 28

U.

Urètre.—Corps étrangers aigus. 145, 204
—Rétrécissements ; incisions intra-urétrales. 41, 203
Utérus.—Cathétérisme. 74
—(Col de l'). Ulcérations. 131

V.

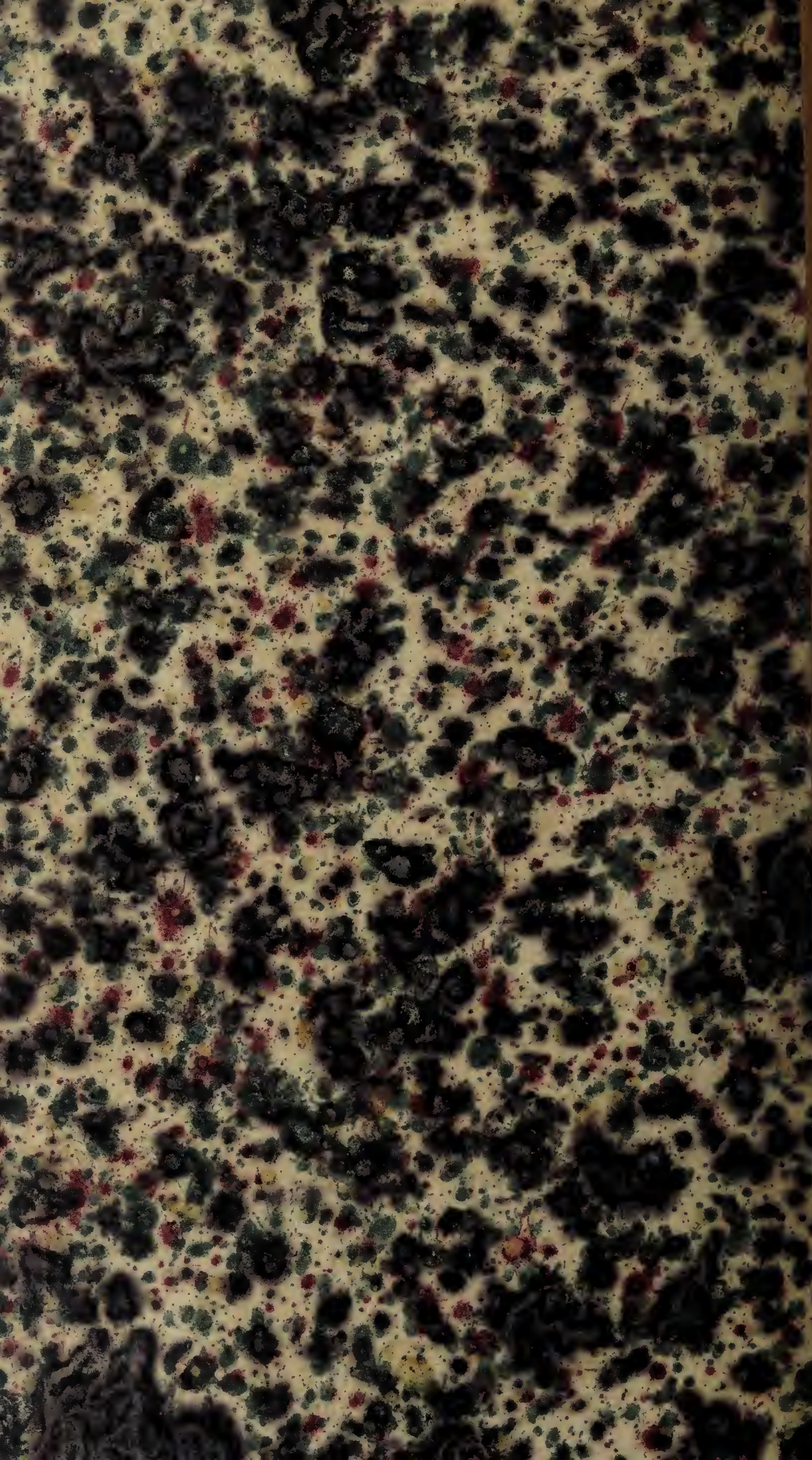
Vaccine et variole simultanées. 117
VALLEIX.—Insufflation prolongée chez un nouveau-né. 30
—Névralgie lombo-abdominale. 115
Variole et vaccine simultanées. 117
VELPEAU.— Inhalations d'éther. 123, 126, 161, 162, 220
Vénéneuses (*Substances*). — Ordonnance concernant leur vente. 44
VIDAL (de Cassis).— Opération du phimosis. 117
VOUVES (DES).— Moyen d'enlever l'amertume du sulfate de quinine. 156

Y.

Yeux (Maladies des). 207

Z.

ZABRISKII.—Sanicle du Maryland. 79
ZIMMERMANN.—Cochenille contre la coqueluche. 74

FIN.

Paris.—Imprimerie de COSSON, rue du Four-Saint-Germain, 47.